



Wenn Mitgefühl krank macht

Compassion Fatigue in der onkologischen Pflege

Meret Siegenthaler
S15558190

Anja Tschuor
S15558232

Departement: Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: 2015
Eingereicht am: 04.05.2018
Begleitende Lehrperson: Evelyn Rieder

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Einleitung: Angesichts des zunehmenden Mangels an Pflegepersonal und den wachsenden Anforderungen an die Pflege sind Pflegefachpersonen im Arbeitsalltag grossen Belastungen ausgesetzt. Durch ihre engen emotionalen Beziehungen zu schwerkranken Patienten und Patientinnen stellen Pflegende auf onkologischen Bettenstationen eine vulnerable Gruppe dar.

Fragestellung: Welche Ursachen führen zu Compassion Fatigue und wie können sich Pflegefachpersonen auf onkologischen Bettenstationen mit erwachsenen Patienten und Patientinnen vor Compassion Fatigue schützen?

Methode: Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL complete, PubMed sowie PsycINFO durchgeführt. Es wurden neun Hauptstudien identifiziert. Ein Teil der Resultate wurde mit dem Modell des Kohärenzgefühls von Antonovsky (1997) synthetisiert.

Ergebnisse: Es wurden verschiedene Faktoren ermittelt, die sich positiv oder negativ auf die Entstehung von Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction und Burnout auswirken. Die Einflussfaktoren wurden in persönliche und institutionelle Faktoren eingeteilt. Zusätzlich wurden Interventionsmöglichkeiten zum Schutz der Pflegenden erfasst.

Diskussion: Obwohl es sich um ein aktuelles Thema handelt, ist es bei vielen Pflegenden noch nicht bekannt. Die Fragestellung konnte nicht vollumfänglich beantwortet werden, was auf das noch junge Forschungsfeld zurückzuführen sein könnte. Weitere Forschung wird empfohlen.

Keywords Deutsch: Compassion Fatigue, Interventionen, Onkologie, Pflegefachperson, Prävention

Keywords Englisch: Compassion Fatigue, Intervention, Nurse, Oncology, Prevention

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Forschungsbedarf</i>	4
1.2	<i>Forschungsfrage</i>	5
1.3	<i>Zielsetzung</i>	5
2	Theoretischer Hintergrund	6
2.1	<i>Onkologie</i>	6
2.2	<i>Compassion Fatigue</i>	6
2.3	<i>Compassion Satisfaction</i>	7
2.4	<i>Professional Quality of Life</i>	8
2.5	<i>Konzept der Salutogenese</i>	9
3	Methode	12
4	Ergebnisse	17
4.1	<i>Studienzusammenfassungen</i>	19
4.1.1	<i>Studie 1 (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017)</i>	19
4.1.2	<i>Studie 2 (Giarelli et al., 2016)</i>	21
4.1.3	<i>Studie 3 (Perry et al., 2011)</i>	22
4.1.4	<i>Studie 4 (Wu et al., 2016)</i>	23
4.1.5	<i>Studie 5 (Yu et al., 2016)</i>	25
4.2	<i>Ursachen und Einflussfaktoren Compassion Fatigue</i>	27
4.2.1	<i>Persönliche Faktoren</i>	27

4.2.2	Institutionelle Faktoren	32
4.3	<i>Schutzfaktoren</i>	34
4.3.1	Studie 6 (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016)	34
4.3.2	Studie 7 (Hevezi, 2016)	35
4.3.3	Studie 8 (Jakel et al., 2016)	36
4.3.4	Studie 9 (Zajac et al., 2017)	36
5	Diskussion	38
5.1	<i>Würdigung der Studien</i>	38
5.2	<i>Diskussion der Resultate</i>	40
5.3	<i>Salutogenese, Modell des Kohärenzgefühls</i>	42
5.3.1	Verstehbarkeit	42
5.3.2	Sinnhaftigkeit	43
5.3.3	Handhabbarkeit	43
5.3.4	Externe Stimuli	44
5.3.5	Ressourcen	44
5.4	<i>Implikationen für die Praxis</i>	45
5.5	<i>Limitationen dieser Bachelorarbeit</i>	46
5.6	<i>Weiterer Forschungsbedarf</i>	47
6	Schlussfolgerung	48
	Literaturverzeichnis	50
	Zusatzverzeichnisse	56
	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	56

<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>56</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>56</i>
Wortzahl	57
Danksagung	58
Eigenständigkeitserklärung	59
Anhang	VII
<i>ProQOL-Fragebogen</i>	<i>VII</i>
<i>Suchprotokoll</i>	<i>X</i>
<i>AICA</i>	<i>XIV</i>

«There is a cost to caring. Professionals who listen
to clients' stories of fear, pain and suffering may
feel similar fear, pain and suffering
because they care.»

(Figley, 1995, S. 1)

1 Einleitung

Der Personalmangel im Gesundheitswesen der Schweiz spitzt sich zu und das Thema gewinnt auf politischer Ebene zunehmend an Wichtigkeit. 2013 sind geschätzt vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN) 45.9 Prozent des Pflegefachpersonals in der Schweiz im Laufe ihrer Karriere aus dem Pflegeberuf ausgetreten (Lobsiger, Kägi & Burla, 2016).

Zu den Ausstiegsgründen zählen vor allem körperliche und emotionale Überlastungen (Dolder & Grünig, 2016), dazu gehört zum Beispiel auch «Compassion Fatigue» (Wentzel & Brysiewicz, 2017). Die Strategie Gesundheit2020, setzt sich als Ziel, mehr ausgebildetes Gesundheitspersonal im Schweizer Gesundheitswesen einzusetzen (Lobsiger et al., 2016). Jedoch entsprechen die im Jahr 2014 ausgebildeten Pflegefachpersonen nur etwa 56 Prozent des geschätzten jährlichen Nachwuchsbedarfs bis 2025. Da es unmöglich ist, diesen Bedarf nur mit Ausbildungen abzudecken, wird es zunehmend an Bedeutung gewinnen, das Personal zu erhalten (Dolder & Grünig, 2016).

Pflegefachpersonen auf onkologischen Bettenstationen werden in ihrem Beruf tagtäglich mit schwierigen Schicksalen ihrer Patienten und Patientinnen konfrontiert. Sie begleiten Patienten und Patientinnen, sowie deren Angehörige durch jegliche Stadien von Krankheiten, bis zu ihrem letzten Atemzug (Aycock & Boyle, 2009). Durch die häufig emotional belastenden Situationen mit vulnerablen Menschen sowie die ständig hohen Anforderungen sind Onkologiepflegende besonders gefährdet, arbeitsbedingten Stress und psychologische Erkrankungen wie zum Beispiel eine emotionale Erschöpfung – oder auf Englisch «Compassion Fatigue» (CF) (siehe Kapitel 2.2) – und ein Burnout zu entwickeln (Dorz, Novara, Sica & Sanavio, 2003; Wentzel & Brysiewicz, 2017). In einer international angelegten Studie gaben 15 Prozent der befragten Schweizer Pflegefachpersonen eine hohe emotionale Erschöpfung im Arbeitsalltag an (Schwendimann, Widmer, De Geest & Ausserhofer, 2014). Heinen et al. (2013) stellten fest, dass Pflegefachpersonen mit einer hohen emotionalen Erschöpfung doppelt so häufig beabsichtigen, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, als solche ohne emotionale Erschöpfung.

Nachfolgend wird ein fiktives Fallbeispiel beschrieben, um eine Vorstellung für mögliche Alltagssituationen von Pflegefachpersonen auf onkologischen Bettenstationen zu erhalten.

Frau Ferreira (Name anonymisiert), eine 45-jährige Portugiesin, ist vor vielen Jahren in die Schweiz eingewandert. Sie erhielt vor zweieinhalb Jahren die Erstdiagnose Mammakarzinom. Die chirurgische und zytostatische Behandlung wurde vor einem Jahr erfolgreich abgeschlossen. Seither wurden in den Nachkontrollen keine neuen Krebszellen mehr gefunden. Anfangs 2018 konnte sie endlich in den lang geplanten Familienurlaub nach Portugal. Leichte Kopfschmerzen und ein hartnäckiger Reizhusten machten sich bereits kurz nach Beginn der Ferien bemerkbar, was die Patientin aber nicht weiter beunruhigte. Nach dem Einsetzen von Lähmungserscheinungen ging sie jedoch sofort ins Spital. Die Symptome der Hemiparese verstärkten sich, und nach verschiedenen Untersuchungen in Portugal entstand der Verdacht auf Hirn- und Lungenmetastasen. Die Patientin wurde in der Schweiz auf die onkologische Bettenstation repatriert, wo sie schon im Vorjahr betreut worden war. Die Verdachtsdiagnose bestätigte sich und der Gesundheitszustand von Frau Ferreira verschlechterte sich rapide. Die Bezugspflegefachperson, Frau Brändle (Name anonymisiert), stimmte dies traurig und sie fühlte sich hilflos. Sie kannte Frau Ferreira schon von ihren letzten Aufenthalten und hatte gehofft, dass es ihr besser gehen würde. Die Hemiparese wurde von Tag zu Tag ausgeprägter, sodass die Patientin bald nicht mehr gehen oder für sich selber sorgen konnte. Der Verlust der Autonomie und die schnelle Verschlechterung der Symptome setzten der Patientin schwer zu. Frau Ferreira weinte viel und sprach mit den Pflegenden über die überfordernde Situation. Frau Ferreras Tochter war viel zu Besuch, während ihr Mann fast nie ins Spital kam, da er den Anblick seiner Frau nicht ertrug. Die Pflegefachpersonen versuchten Frau Ferreira so gut wie möglich in allen Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen. Durch die enge und empathische Betreuung sowie ihr ähnliches Alter bauten die Pflegefachpersonen schnell eine Beziehung zu ihr auf. Vor allem Frau Brändle gab sich Mühe, Frau Ferreira alle Wünsche zu erfüllen und die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Sie merkte dann jedoch, wie sie Frau Ferreras Fall auch zu Hause beschäftigte. So hatte sie Mühe, nach der Arbeit abzuschalten. Es schlichen sich Schlafstörungen ein und sie merkte, wie sie manchmal Wut empfand gegenüber

Frau Ferreiras Krankheit. Gleichzeitig machte sich bei Frau Brändle aber auch eine Art Resignation breit, da ihr bewusst wurde, dass ihr Einsatz bei der Arbeit keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Patientin haben würde.

Um Frau Ferreira und ihre Familie in psychologischer Hinsicht besser unterstützen zu können, wurde der psychoonkologische Dienst involviert. Aufgrund der rapiden Verschlechterung ihres Gesundheitszustands entschied sich Frau Ferreira gemeinsam mit ihrer Familie sowie dem Pflege- und Ärzteteam für einen palliativen Behandlungsansatz. Frau Ferreira verstarb drei Wochen später im Beisein ihrer Familie.

Der Tod von Frau Ferreira stimmte Frau Brändle traurig und verfolgte die noch einige Wochen. Manchmal zweifelte Frau Brändle an ihrem Können und fragte sich, was sie anders hätte tun müssen, um Familie Ferreira zu helfen.

In der Schweiz erkrankten vier von zehn Menschen im Laufe ihres Lebens an Krebs, und einer von zwölf muss deswegen stationär im Spital behandelt werden (Bundesamt für Statistik, 2013). Im Jahr 2013 wurden in der Schweiz 34'069 Männer und 43'105 Frauen mit der Hauptdiagnose Krebs hospitalisiert, das entspricht 7,6 beziehungsweise 7,9 Prozent aller hospitalisierten Patienten und Patientinnen. Die Anzahl Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen betrug 2013 bei Männern 9200 und bei Frauen 7475 (Bundesamt für Statistik, 2013).

Patienten und Patientinnen mit einer Krebserkrankung benötigen eine spezialisierte onkologische Behandlung sowie kompetente, auf sie abgestimmte Betreuung durch Pflegefachpersonen. Diese Anforderung an das Pflegefachpersonal birgt positive wie negative Aspekte. Positiv ist zum Beispiel die Zufriedenheit, die sich durch die Mitarbeit bei der Patientenbetreuung oder die persönliche professionelle Weiterentwicklung (McGrath, Reid & Boore, 2003) ergibt. Negativ hingegen wirken sich Stress und emotionale Belastungen aus, denn onkologische Pflegefachpersonen müssen in ihrem Arbeitsalltag regelmässig herausfordernde Situationen bewältigen. Sie werden wiederholt mit leidenden Patienten und Patientinnen konfrontiert, die zum Beispiel, wegen starken Schmerzen oder ausgeprägten Nebenwirkungen der Zytostatika eine enge Betreuung brauchen. Aufgrund der zum Teil langjährigen Beziehungen mit den Patienten und Patientinnen sowie mit deren Familien kommt das Pflegepersonal mit emotionalen Belastungen

wie Trauer in Kontakt, vor allem bei unerwartet schlechten Prognosen, traumatischen Ereignissen oder dem Tod (Aycock & Boyle, 2009; Potter et al., 2010; Wenzel, Shaha, Klimmek, & Krumm, 2011). Solche Belastungen wirken sich auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität der Pflegefachpersonen aus (Ergun, Oran & Bender, 2005).

Negative Folgen, bedingt durch an CF erkrankten Pflegefachpersonen, auf onkologischen Bettenstationen sind in der Literatur unter anderem mit schlechterer Pflegequalität, längeren Personalausfällen und höheren Fluktuationsraten beschrieben (Girgis, Hansen & Goldstein, 2009; Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2007; Potter et al., 2010).

Es ist deshalb wichtig, dass Pflegefachpersonen für CF und Burnout sensibilisiert werden. Sie sollten mögliche Risikofaktoren kennen und sich mithilfe verschiedener Massnahmen davor schützen können. Angesichts des erhöhten Risikos an CF zu erkranken, verglichen mit anderen Disziplinen (Dorz et al., 2003; Wentzel & Brysiewicz, 2017), richtet sich der Fokus dieser Bachelorarbeit auf onkologische Pflegefachpersonen.

1.1 Forschungsbedarf

Die hohe Fluktuations- und Berufsausstiegsrate, welche einen beträchtlichen Teil zur Personalknappheit im Pflegebereich im Schweizer Gesundheitssystem beitragen, sind unter anderem auf die hohe emotionale Belastung der Pflegefachpersonen zurück zu führen (Dolder & Grünig, 2016). Studien welche Belastungen auf onkologischen Bettenstationen aufzeigen gibt es bereits einige (Aycock & Boyle, 2009; Potter et al., 2010; Wenzel et al., 2011). Auch ist bekannt, dass Pflegefachpersonen welche auf einer onkologischen Bettenstation arbeiten, besonders gefährdet sind, unter sekundärem Stress zu leiden, da sie oft enge Beziehungen mit Patienten und Patientinnen eingehen, bei denen die Therapie nicht anschlägt oder die während der Betreuung sogar sterben (Moya del Pino, 2012). Diesem Phänomen der emotionalen Erschöpfung durch sekundären Stress, wurde bereits vor über 20 Jahren den Namen CF gegeben. Trotzdem gibt es wenige Studien, welche das Phänomen CF auf onkologischen Bettenstationen untersuchen und noch weniger Studien dazu, wie sich die Pflegefachpersonen davor schützen können.

1.2 Forschungsfrage

Begründet durch die oben aufgeführten Argumente, geht diese Arbeit von der nachfolgenden Fragestellung aus:

Welche Ursachen führen zu Compassion Fatigue und wie können sich Pflegefachpersonen auf onkologischen Bettenstationen mit erwachsenen Patienten und Patientinnen vor Compassion Fatigue schützen?

1.3 Zielsetzung

Ziele dieser Bachelorarbeit sind:

- Compassion Fatigue mittels Fachliteratur und Literatursuche in diversen Datenbanken zu definieren sowie Ursachen, Symptome und mögliche Interventionen gegen Compassion Fatigue aus der Literatur zu extrahieren.
- Mit einer systematisierten Datenbankrecherche Studien zu finden und damit die obenstehende Forschungsfrage evidenzbasiert beantworten zu können.
- Die Ergebnisse dieser Studien mit dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997) – und insbesondere daraus mit dem Kohärenzgefühl – in Verbindung bringen.

Die persönlichen Ziele der Verfasserinnen beinhalten, sich mit dem wissenschaftlichen Arbeiten genauer auseinanderzusetzen sowie eine gute Basis zu erarbeiten, um dem Stress und den schwierigen Situationen im Praxisalltag gewachsen zu sein.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Begriffe definiert und das Konzept der Salutogenese erklärt.

2.1 Onkologie

Die Onkologie beschäftigt sich mit Tumorerkrankungen. Betroffene Patienten und Patientinnen werden je nach Art, Auftreten und Stadium des Tumors chirurgisch, mit Radiotherapie oder medikamentös behandelt. Alle diese Behandlungsmöglichkeiten bringen eine Vielzahl unerwünschter Nebenwirkungen mit sich. Dazu kommt, dass viele Krebserkrankungen nicht geheilt werden können und eine spezialisierte Pflege und Betreuung am Lebensende notwendig werden kann (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012).

2.2 Compassion Fatigue

Charles. R. Figley, ein angesehener Trauma- und Stressforscher, definierte 1993 erstmals den Begriff «Secondary Traumatic Stress» (STS). Diesen definierte er später in CF um. Er nannte diese Begriffe im Zusammenhang mit Personen, die traumatisierten Opfern emotionalen Support boten und danach selbst unter dem emotionalen Stress des Traumas litten, obwohl sie die traumatische Situation nicht selbst erlebt hatten (Figley, 1995). Eine allgemeingültige Definition von CF ist noch nicht vollständig festgelegt. So wird der Begriff CF teilweise dem Begriff STS gleichgestellt (Figley, 2002). In der Literatur (Stamm, 2010) wird der Begriff CF jedoch auch als die Konnotation von Burnout und STS definiert (Genauerer dazu im Kapitel 2.4)

«Compassion» beschreibt ein Gefühl der Anteilnahme und Trauer für jemand anderen, der von Leid oder Unglück geplagt ist, begleitet von dem starken Wunsch, den Schmerz oder das Leid zu mindern (Figley, 2002). Die Bindung zwischen der Fachperson und dem Patienten oder der Patientin ist einer der entscheidenden Faktoren für eine erfolgreiche Therapie. Um diese Bindung eingehen zu können, muss der Patient oder die Patientin der Fachperson vertrauen können. Die Fachperson ihrerseits muss Empathie und Mitgefühl aufbringen. Mit anderen Worten: Compassion ist nötig, um erfolgreich helfen zu können (Figley, 2002, S. 3–8).

Zu den Voraussetzungen, CF zu entwickeln, gehört, dass die betroffene Person im Gesundheitswesen arbeitet, mit leidenden oder traumatisierten Personen zu tun hat, Empathie für Leidende aufbringt und den Wunsch hat, das Leid zu dämpfen oder gar zu übernehmen.

Die Symptome von CF zeigen sich je nach Person unterschiedlich. Es können physische, psychische oder soziale Beschwerden entstehen (Figley, 2002, S. 18). Betroffene leiden unter emotionaler, physischer und spiritueller Erschöpfung sowie unter der Unfähigkeit, emotionalen Stress zu verarbeiten.

Die Belastungen der Pflegenden können einen ebenso grossen Einfluss auf die Patienten und Patientinnen haben wie dessen Traumata auf die Pflegenden (Figley, 2002, S. 29).

Der sekundäre Stress der Pflegenden kann dazu führen, dass sie das Trauma, das der Patient oder die Patientin erlebt hat, aberkennen und ihm oder ihr keine Empathie entgegenbringen können. Gelegentlich entwickeln Pflegende, die unter CF leiden, eine übereifrige Identifikation mit der Situation der Patienten und Patientinnen (Figley, 2002, S. 29).

Betroffene haben Mühe, Beziehungen zu diesen Patienten und Patientinnen aufzubauen, und erkennen den Sinn ihrer Arbeit nicht mehr (Sorenson, Bolick, Wright & Hamilton, 2017).

2.3 Compassion Satisfaction

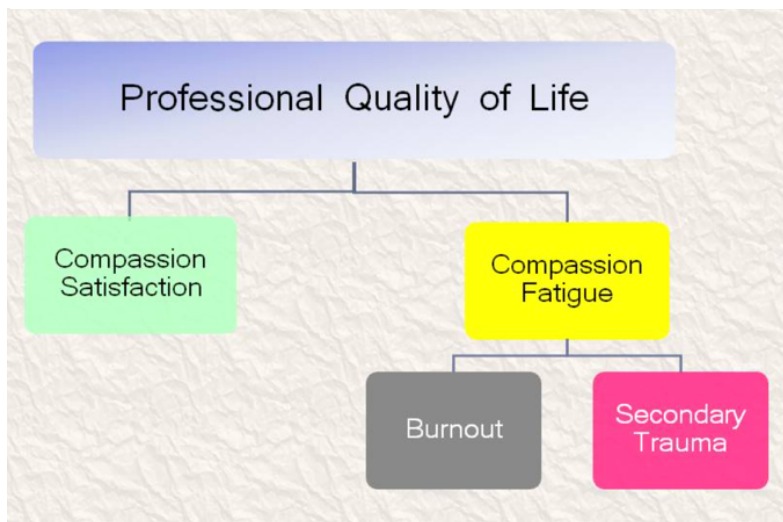
Die Motivation, zu helfen, ist unter anderem geprägt durch die Zufriedenheit, die bei der Arbeit, anderen zu helfen, entsteht. Dies nennt man «Compassion Satisfaction» (CS). Personen in helfenden Berufen beschreiben Gefühle wie die Welt etwas besser machen zu können, froh zu sein, helfen zu können, oder das Gefühl zu haben, das Richtige zu tun (Figley, 2002).

Die beiden Begriffe CF und CS hängen eng miteinander zusammen. Es kann sein, dass Personen ein hohes Risiko für CF aufzeigen, jedoch immer noch hohe CS erfahren (Figley, 2002).

2.4 Professional Quality of Life

Die «Professional Quality of Life» (ProQOL) ist das Mass der Lebensqualität, die bei der helfenden Arbeit empfunden wird (Stamm, 2010). Sie wird von positiven und negativen Faktoren beeinflusst. Diese Faktoren zu kennen und zu verstehen, kann die Fähigkeit, anderen zu helfen, und die Fähigkeit, das innere Gleichgewicht zu halten, verbessern (Stamm, 2010). Anhand dieses Konzeptes entwickelte Stamm im Jahr 1995 einen Fragebogen, um die subjektive Arbeitsqualität von Gesundheitsfachpersonen erfassen zu können. Der Fragebogen setzt sich aus den drei Bereichen CS, Burnout und STS zusammen. Der Proband oder die Probandin wird gebeten, beim Ausfüllen des Fragebogens hinsichtlich 30 verschiedener Aussagen einzuschätzen, wie oft solche Gedanken in den letzten 30 Tagen bei ihnen aufgetaucht sind. Ein Beispiel für eine solche Aussage wäre: «Ich fühle mich aufgrund der traumatischen Erfahrungen derjenigen, denen ich [helfe], deprimiert.» (Stamm, 2009, S. 1). Dies erfolgt mittels einer Likert-Skala (1=nie, 5=sehr oft). Die englische Version des ProQOL-Fragebogens kann dem Anhang entnommen werden.

Abbildung 1. Das ProQOL-Konzept (Stamm, 2010)



Die ProQOL setzt sich, wie in Abbildung 1 ersichtlich ist, aus CS und CF zusammen. In diesem Zusammenhang wird CF als Kombination aus Burnout und STS definiert. Da die meisten in dieser Bachelorarbeit inkludierten Studien mit dem ProQOL-Fragebogen arbeiteten, wird in den folgenden Kapiteln von dieser Definition für CF ausgegangen. Stamm (2010) definiert Burnout als ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit im Zusammenhang mit der Ausübung des Berufes. Es hat einen langsam

fortschreitenden Beginn und wird von einer hohen Arbeitsbelastung und einer Umgebung, die sich nicht unterstützend auswirkt, beeinflusst. Die betroffenen Personen sind ansonsten gesund (Scherrmann, 2017). Im ICD-10 wird Burnout als «ausgebrannt sein» definiert (World Health Organisation, 2018).

2.5 Konzept der Salutogenese

Der Stressforscher Aaron Antonovsky (1997) entwickelte das Konzept der Salutogenese, das die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit neu beleuchtete. Er beschrieb eine Sichtweise, die den Schwerpunkt nicht auf die Pathologie oder das Kranksein richtete, sondern auf die Faktoren, die den Menschen gesund halten. Das Konzept beschreibt ein multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1997, S. 22–25).

Das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) wird in dieser Arbeit angewendet, um die gewonnenen Ergebnisse aus einem anderen Blickwinkel zu analysieren. Das Konzept scheint sich besonders zu eignen, da in dieser Bachelorarbeit erörtert werden soll, wie sich Pflegefachpersonen trotz der hohen Belastung, die der Arbeitsalltag auf onkologischen Bettenstationen mit sich bringt, gesund halten können. Genau hier setzt der Ansatz der Salutogenese an.

Der Kernpunkt des Konzepts der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl bestimmt, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheit-Kontinuum einnimmt, und ist Voraussetzung dafür, dass man sich in Richtung des Gesundheitspols bewegt (Antonovsky, 1997, S. 34–35). Es entscheidet darüber, ob die betroffene Person in der Lage ist, Widerstandsressourcen zu aktivieren, die sie befähigen, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. (Antonovsky, 1997, S. 36–37)

Das Kohärenzgefühl setzt sich, wie in Abbildung 2 ersichtlich, aus den folgenden Faktoren zusammen:

1. Verstehbarkeit

Als Verstehbarkeit wird das Ausmass verstanden, in dem ein interner oder externer Reiz als kognitiv sinnhaft wahrgenommen und eingeordnet sowie strukturiert verarbeitet werden kann (Antonovsky, 1997, S. 34).

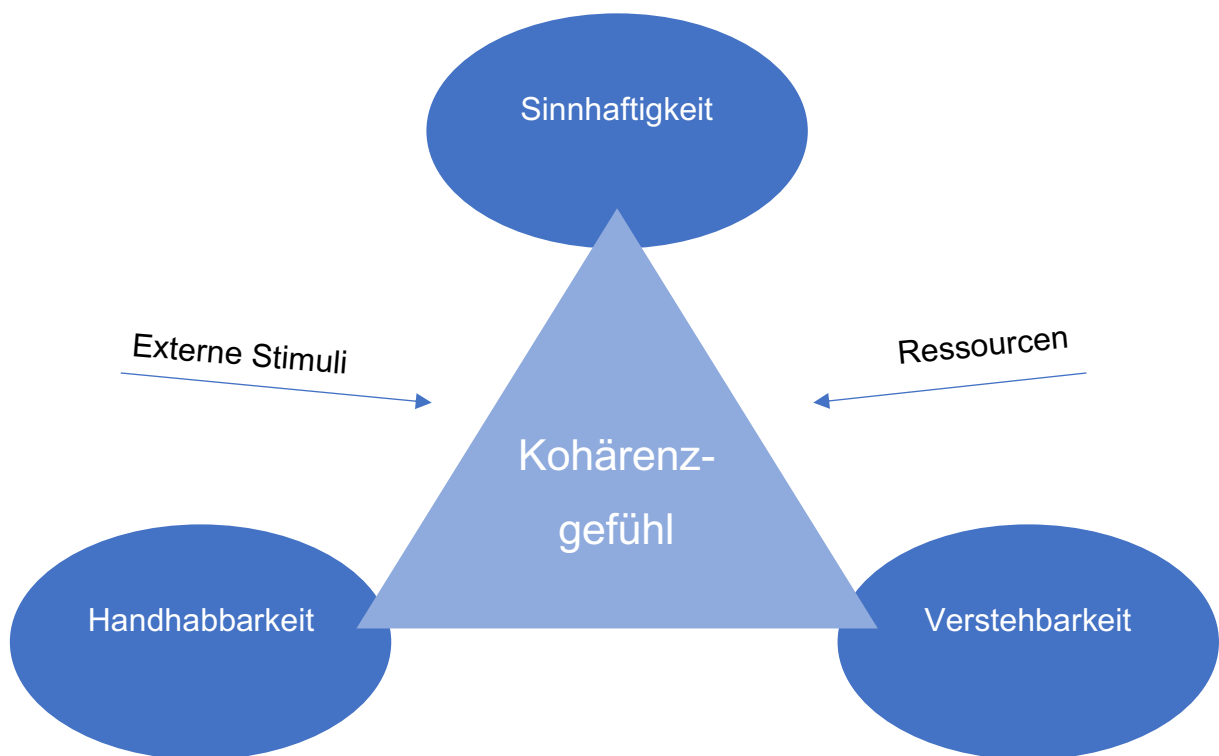
2. Handhabbarkeit

Die Handhabbarkeit wird als Ausmass beschrieben, in dem man Reize als Herausforderung annehmen kann und wahrnimmt, dass geeignete Ressourcen dafür vorhanden sind (Antonovsky, 1997, S. 34–35).

3. Sinnhaftigkeit

Die Sinnhaftigkeit meint das Ausmass, in dem das Leben als emotional sinnvoll empfunden wird. Das heisst, ob die Anstrengungen, die für die Bewältigung der einem gestellten Aufgaben aufgebracht werden müssen, als lohnenswert empfunden werden (Antonovsky, 1997, S. 35).

Abbildung 2. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls (eigene Darstellung)



Das Kohärenzgefühl ist also das Ausmass, in dem ein Gefühl des Vertrauens vorhanden ist, dass ...

... Aufgaben, die sich im Laufe des Lebens stellen, vorhersehbar, strukturierbar und erklärbar sind.

... Ressourcen vorhanden sind, um diesen Aufgaben zu begegnen.

... die Anstrengung und das Engagement, die aufgebracht werden müssen, sich lohnen. (Antonovsky, 1997, S. 36)

Ein wichtiger Einflussfaktor im Konzept der Salutogenese stellen Stressoren dar. Sie sind individuell, können vorübergehend oder anhaltend sein und sich positiv oder negativ auf eine Person auswirken (Pfeifer, 2012). Sie gehören zum Alltag, sind nicht zu vermeiden und sollen auch nicht vermieden werden. Vielmehr sollen die Stressoren mithilfe von salutogenetischem Denken dazu zwingen, die Energien in Coping-Strategien zu investieren (Antonovsky, 1997, S. 30).

3 Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematisierte Literaturrecherche auf den Datenbanken CINAHL complete, PubMed sowie PsycINFO durchgeführt. Diese Datenbanken wurden gewählt, weil sie für die Beantwortung der Fragestellung relevante Fachliteratur enthalten. Für die Literaturrecherche wurden die Keywords «Compassion Fatigue», «Intervention», «Nurse», «Oncology» und «Prevention» verwendet. Zudem wurden auf den jeweiligen Datenbanken die passenden Thesauren ausgewählt; dies wird in Tabelle 1 dargestellt. Falls keine passenden Thesauren gefunden werden konnten, wurde mit Keywords und Trunkierungen gearbeitet.

Tabelle 1
Suchbegriffe der Datenbanken

Datenbank	Suchbegriffe
CINAHL complete	Intervention (Keyword) CINAHL Headings: <ul style="list-style-type: none">- Compassion Fatigue- Health Promotion- Nurse- Oncology Care Units- Oncology Nursing Society- Oncology Nursing- Oncology Care

Tabelle1

Suchbegriffe der Datenbanken (Fortsetzung)

Datenbank	Suchbegriffe
PubMed	Intervention (Keyword)
	MeSH-Terms <ul style="list-style-type: none"> - Compassion Fatigue - Health Promotion - Preventive Health Service - Medical Oncology - Nurses - Nursing - Oncology Nursing
PsycINFO	Intervention (Keyword)
	Thesauri <ul style="list-style-type: none"> - Compassion Fatigue - Health Promotion - Nurses - Nursing - Oncology - Prevention

Diese Suchbegriffe wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» oder «OR» verbunden. Als Limit wurde die Verfassung der Studien in englischer oder deutscher Sprache festgelegt. Um die Aktualität zu gewährleisten, wurden Studien der letzten zehn Jahren berücksichtigt.

Bei geeigneten Titeln wurden die Abstracts gelesen. Mittels Einschluss- und Ausschlusskriterien, welche in Tabelle 2 zu sehen sind, wurden die Studien auf ihre Relevanz beurteilt:

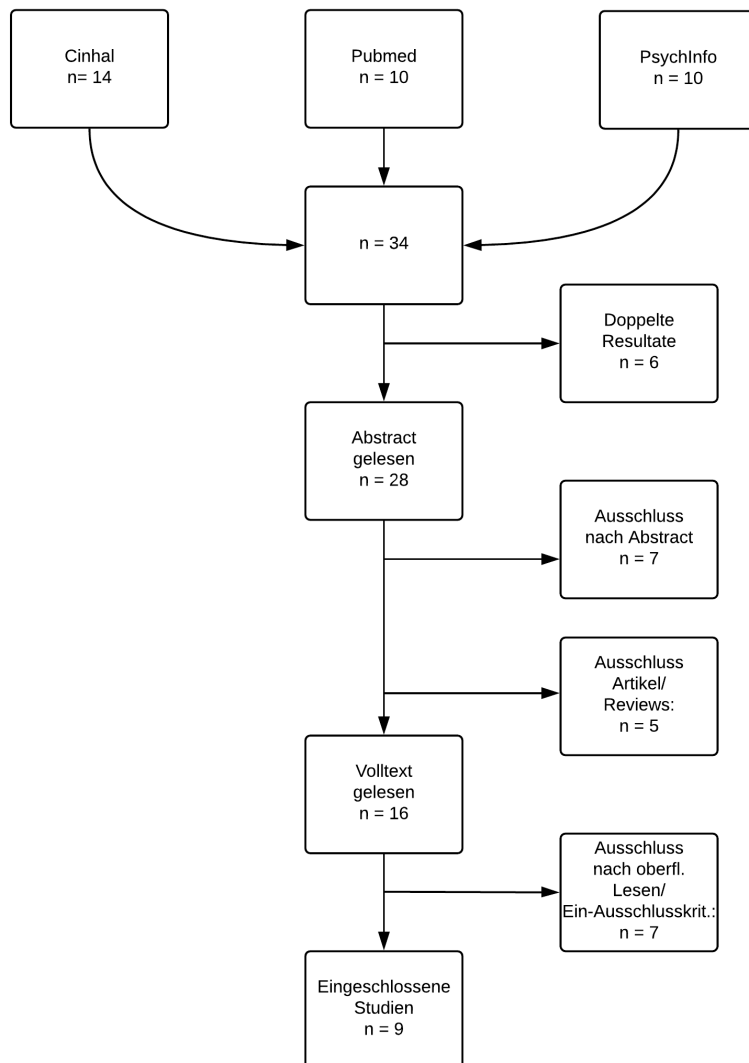
Tabelle 2

Einschluss- und Ausschlusskriterien der Studien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Onkologische Stationen für erwachsene Patienten und Patientinnen - Pflegende aller Ausbildungsgrade und jeglicher Berufserfahrung - Studien aus dem europäischen, asiatischen und nordamerikanischen Raum - Phänomen Compassion Fatigue - Phänomen Compassion Fatigue und Burnout in Kombination 	<ul style="list-style-type: none"> - Studien, die nicht auf stationären onkologischen Stationen durchgeführt wurden - Pädiatrische Stationen - Studien, die nur Burnout-Problematiken behandeln

Von 16 Studien wurde der Volltext gelesen und sieben davon wurden aufgrund der Einschluss- und Ausschlusskriterien ausfiltriert. Schliesslich liessen sich neun Studien identifizieren, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienlich waren. Das genaue Vorgehen bei der Studiensuche und -auswahl kann dem Suchprotokoll im Anhang beziehungsweise dem Flussdiagramm entnommen werden, siehe Abbildung 3.

Abbildung 3. Flussdiagramm der Literaturrecherche (eigene Darstellung)



Für das Zusammenfassen und die kritische Würdigung der Studien wurde nach einem internen Leitfaden der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem «Arbeitsinstrument für Critical Appraisal» (AICA) vorgegangen. Zur Einschätzung der Gütekriterien der Studien mit qualitativem Design stützt sich dieses auf Steinke (1999) und bei quantitativem Studiendesign auf LoBiondo-Wood und Haber (2005). Quantitative Studien wurden zusätzlich anhand der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer & Mayer, 2008) bewertet, während bei qualitativen Studien zusätzlich mit den Gütekriterien Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit nach Lincoln & Guba (1985) gearbeitet wurde. Der Evidenzlevel der inkludierten Literatur wurde mittels der 6-S-Pyramide (DiCenso, Bayley & Haynes, 2009) überprüft.

Im Kapitel «Ergebnisse» dieser Bachelorarbeit wurden die aus den Studien herausgearbeiteten Resultate zusammengefasst und synthetisiert. Im Diskussionsteil wurden die Ergebnisse kritisch hinterfragt, dem Modell des Kohärenzgefühls zugeteilt, die Forschungsfrage beantwortet und ein Praxistransfer hergestellt.

Neben der in den Datenbanken gefundenen Literatur wurden für die Einleitung und den theoretischen Hintergrund Bücher zu CF und Daten von verlässlichen Quellen aus dem Internet verwendet.

4 Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden neun Hauptstudien präsentiert. Es wurden sechs quantitative, eine qualitative und zwei Mixed-Method-Studien eingeschlossen. Die ausgefüllten AICA zu den Hauptstudien können dem Anhang entnommen werden. Alle gewählten Studien sind auf einem Evidenzlevel der Stufe 1 («Original articles published in journals») der 6-S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) einzuschätzen. Die Tabelle 3 zeigt eine kurze Übersicht der Hauptstudien. Die Tabelle ist so geordnet, dass zuerst fünf Studien zu den Einflussfaktoren aufgezählt werden und danach die Interventionsstudien. Anschliessend werden die Studien kurz präsentiert sowie die Ergebnisse synthetisiert und geordnet.

Tabelle 3

Übersicht Hauptstudien

Studien-nummer	Autoren und Autorinnen	Titel	Design
1	Duarte & Pinto-Gouveia (2017)	The Role of Psychological Factors in Oncology Nurses' Burnout and Compassion Fatigue Symptoms.	Quantitatives Querschnittsdesign
2	Giarelli, Denigris, Fisher, Maley & Nolan (2016)	Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study.	Deskriptives Mixed-Method-Studiendesign
3	Perry, Toffner, Merrick & Dalton (2011)	An Exploration of the Experience of Compassion Fatigue in Clinical Oncology Nurses.	Deskriptives, exploratives, qualitatives Studiendesign

Tabelle 3

Übersicht Hauptstudien (Fortsetzung)

Studien-nummer	Autoren und Autorinnen	Titel	Design
4	Wu, Singh-Carlson, Oddell & Su (2016)	Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada.	Deskriptives, nicht experimentelles, quantitatives Studiendesign
5	Yu, Jiang & Shen (2016)	Prevalence and Predictors of Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses: A Cross-Sectional Survey.	Quantitatives Querschnittsdesign
6	Duarte & Pinto Gouveia (2016)	Effectiveness of a Mindfulness-Based Intervention on Oncology Nurses' Burnout and Compassion Fatigue Symptoms: A Non-Randomized Study.	Quantitative nicht randomisierte Prä-post-Interventionsstudie
7	Hevezi (2016)	Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated with Compassion Fatigue Among Nurses.	Quantitative nicht randomisierte Prä-post-Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe
8	Jakel et al. (2016)	Effects of the Use of the Provider Resilience Mobile Application in Reducing Compassion Fatigue in Oncology Nursing.	Prospektives, quasiexperimentelles, quantitatives Studiendesign
9	Zajac, Moran & Groh (2017)	Confronting Compassion Fatigue: Assessment and Intervention in In-Patient Oncology.	Mixed-Method-Studiendesign

4.1 Studienzusammenfassungen

Nachfolgend werden die fünf deskriptiven der neun Hauptstudien in zusammengefasster Form dargestellt. Die restlichen vier Interventionsstudien werden im Kapitel 4.3 präsentiert.

4.1.1 Studie 1 (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017)

Duarte und Pinto-Gouveia (2017) führten eine Querschnittsstudie zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen verschiedenen dispositionellen Faktoren (zum Beispiel Empathie, Selbst-Mitgefühl, psychologische Inflexibilität) und CF, Burnout sowie CS bei onkologischen Pflegefachpersonen durch. In die Studie eingeschlossen wurden fünf Spitäler in Nord- und Zentralportugal, die spezialisierte onkologische Bettenstationen führten. Die 221 teilnehmenden Pflegefachpersonen füllten einen Fragebogenkatalog (Likert-Skalen) mit vier Fragebögen aus:

- ProQOL-5
- Interpersonal Reactivity Index (Selbsteinschätzung eigener empathischer Fähigkeiten)
- Self-Compassion Scale (Selbsteinschätzung des Selbst-Mitgefühls)
- Acceptance and Action Questionnaire-II (Selbsteinschätzung zu psychologischer Flexibilität und erfahrungsbedingtem Handeln)

Neben einer deskriptiven Statistik wurde der Korrelationskoeffizient berechnet und eine hierarchische multiple Regression durchgeführt. Die Forschenden kamen zu den folgenden Ergebnissen:

- Alter korreliert signifikant mit CS ($r=0.19$, $p<0.05$) und Burnout ($r=-0.14$, $p<0.05$)
- Jahre an aktueller Stelle korreliert signifikant mit Burnout ($r=0.19$, $p<0.05$) und CF ($r=0.14$, $p<0.05$), auch wenn Altersvariable kontrolliert wurde.
- CS wurde positiv mit Empathie ($r=0.38$, $p<0.01$) und Selbst-Mitgefühl ($r=0.35$, $p<0.01$) assoziiert, negativ mit psychischer Inflexibilität ($r=-0.22$, $p<0.01$) und persönlichem Stress ($r=0.29$, $p<0.01$).

- Burnout und CF wurden positiv assoziiert mit psychischer Inflexibilität (Burnout: $r=0.47$, $p<0.01$, CF: $r=0.36$, $p<0.01$) und negativ mit Selbst-Mitgefühl (Burnout: $r=-0.51$, $p<0.01$, CF: $r=-0.24$, $p<0.01$).
- Burnout wurde positiv mit persönlichem Stress ($r=0.21$, $p<0.01$) assoziiert.
- CF wurde leicht positiv mit «Empathic Concern» assoziiert ($r=0.18$, $p<0.05$)

Die Forschenden stellten fest, dass diverse psychologische Dispositionen mit den positiven und negativen Dimensionen von ProQOL assoziiert sind. Personen, die von ihrer Arbeit als Helfer oder Helferin profitieren und ein höheres Gefühl an CS haben, scheinen mehr empathische Gefühle und Sensibilität gegenüber anderen in Not zu haben und sich Mühe zu geben, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen. Sie scheinen sich durch negative Gefühle weniger beeinflussen zu lassen und in schwierigen Situationen mehr Mitgefühl mit sich selbst zu haben. Im Gegenzug scheinen Personen, die anfälliger sind, negative Konsequenzen der Pflege zu spüren, sich öfter mit den Patienten und Patientinnen überzuidentifizieren und schneller über sich selbst zu urteilen, in Bezug auf negative Gedanken und Gefühle. Sie scheinen sich in Stresssituationen von anderen abgetrennt zu fühlen und mehr psychologische Inflexibilität aufzuzeigen.

Die Samplegrösse war klein, entsprach jedoch den Mindestanforderungen der Samplegrössenberechnung. Bei dieser Studie wurde eine Gelegenheitsstichprobe genommen und nicht randomisiert, was die Übertragbarkeit der Studie erheblich einschränkt. Zum Fragebogen «Interpersonal Reactivity Index» wurde keine Erwähnung über Validität oder Reliabilität gemacht. Das schränkt die Reliabilität der Studie ebenfalls leicht ein. Gleichzeitig gilt es zu kritisieren, dass die Stationsleiter die Aufgabe hatten, für die Studie Werbung zu machen. Sie könnten die Teilnehmenden beeinflusst und so die Objektivität der Studie eingeschränkt haben. Die Validität der Studie scheint gut, es wurden passende Fragebögen zur Erhebung der Variablen ausgewählt, die statistischen Verfahren passten dazu.

4.1.2 Studie 2 (Giarelli et al., 2016)

Giarelli et al. (2016) führten eine deskriptive Mixed-Method-Studie durch und untersuchten verschiedene Faktoren, welche die professionelle Lebensqualität und CF beeinflussen könnten. Die Studie wurde auf einer hämatonkologischen Bettenstation in einem grossen Spital im Bundesstaat Pennsylvania in den USA durchgeführt. Es nahmen 20 Pflegende mit unterschiedlichen Ausbildungen teil. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen füllten folgende drei Fragebögen (Likert-Skalen) aus:

- Impact-of-Events Scale (Selbsteinschätzung zum privaten Lebensstress innerhalb der letzten sieben Tage)
- Life-Events Scale (Selbsteinschätzung über die individuellen und kumulativen Ereignisse sowie die totale Erfahrung von Stress über die letzten 12 Monate)
- ProQOL-5

Zusätzlich führten die Studienautoren und Studienautorinnen semistrukturierte Einzelinterviews durch über die Selbsteinschätzung der Pflegefachpersonen hinsichtlich ihres Risikos, an CF zu erkranken, sowie Empfehlungen der Pflegefachpersonen für die Praxis. Neben der deskriptiven Datenauswertung wurden die Interviews mittels einer simplen thematischen Inhaltsanalyse ausgewertet. 30 Prozent der Teilnehmenden konnten starke Einflüsse persönlicher Lebensumstände auf ihr eigenes Wohlbefinden identifizieren. Sie erzielten durchschnittliche Werte für CS und mässige bis Tiefe Werte für Burnout und STS. Aus den Interviews konnten als Ursachen die Themenbereiche Kommunikation und Arbeitsumfeld/Institution identifiziert werden. Die Verbesserungsvorschläge der Pflegefachpersonen wurden in persönliche Strategien (interner Dialog, Entschärfung des Stresses, psychische Selbstpflege, Perspektive) und institutionelle Veränderungen (physisches Umfeld, zwischenmenschliche Beziehungen, Richtlinien) eingeteilt.

Weil ein Studienautor gleichzeitig Abteilungsleiter auf der Station war, auf der die Studie durchgeführt wurde, kann eine Beeinflussung der Teilnehmenden nicht ausgeschlossen werden. Die Objektivität der Studie ist dadurch eingeschränkt. Die Studienresultate sind zudem nur schlecht generalisierbar, da die Studie nur auf einer

einzigsten Abteilung durchgeführt wurde und diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen jeweils Zwölf-Stunden-Schichten arbeiten und nicht, wie es in der Schweiz üblich ist, neun Stunden. Zudem handelt es sich um ein kleines Sample, was bei Mixed-Method-Studien jedoch üblich ist. Die Reliabilität wird dadurch unterstützt, dass die Vorgehensweise genau beschrieben wurde und standardisierte Fragebögen eingesetzt wurden. Die Validität der Studie wird dadurch gestärkt, dass passende statistische Verfahren angewendet wurden. Die qualitativen Daten wurden unter anderem mittels Peer-Debriefings ausgewertet, was die Zuverlässigkeit der Studie verbessert.

4.1.3 Studie 3 (Perry et al., 2011)

In der qualitativen Studie von Perry et al. (2011), wurde das Erleben von CF bei Pflegenden auf onkologischen Stationen in Kanada erforscht. 19 Teilnehmende füllten via Link einen Online-Fragebogen mit narrativen Fragen zu ihrem Erleben mit CF aus. Die Antworten wurden von drei Forschenden gelesen und analysiert, am Schluss wurden die Resultate im Team besprochen. Die Autoren und Autorinnen kamen zu folgenden Ergebnissen:

- Ursachen von CF:
 - mangelndes Wissen
 - mangelnde Unterstützung
 - fehlende Zeit/Möglichkeiten, um hochstehende Pflege zu leisten
- Faktoren, die CF verschlimmern:
 - nicht in der Lage sein, Leiden zu mindern
 - zusätzliche Belastungen ausserhalb der Arbeit
 - übermässige emotionale Bindung zu den Patienten und Patientinnen
- Folgen von CF:
 - ausgeprägte geistige und körperliche Müdigkeit
 - negative Einflüsse auf Beziehungen
 - Verlassen von Arbeitsplatz/Berufsfeld
- Gegebenheiten, die CF vermindern:
 - kollegiale Unterstützung
 - Work-Life-Balance, Beziehungen zu ändern

- Anerkennung
- Reife und Erfahrung

Die Bestätigung der Studie wird gestärkt, da drei Autoren und Autorinnen die Daten individuell gelesen und bewertet haben. Sie führten einen «Audit Trail» durch. Jedoch wurde kein Member-Checking gemacht und eine Datensaturierung wurde nicht erwähnt.

Die Analyse der wortgetreuen Texte und das Handeln nach den Guidelines der AUREB Universität stärken die Zuverlässigkeit dieser Studie. Die Daten wurden aber von keinem externen Gremium überprüft und der Fragebogen ist nirgends ersichtlich, was die Nachvollziehbarkeit erschwert.

Die Glaubwürdigkeit ist durch das wortgetreue Verwenden der Daten und durch die erwähnten Zitate gegeben. Auch die Triangulation ist gewährleistet, da die Forschenden unterschiedliche fachliche Ausbildungen und Hintergründe haben. Jedoch wurden keine Hinweise auf die Limitationen der Studie gemacht.

Die Autoren und Autorinnen teilten ihre Ergebnisse dem «Stress-Process Model» (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995) zu, was die Übertragbarkeit fördert.

4.1.4 Studie 4 (Wu et al., 2016)

Wu et al. (2016) führten eine Studie in einem deskriptiven, nicht experimentellen, quantitativen Design durch. Sie wollten herausfinden, welche demografischen, persönlichen, gesundheitlichen und arbeitsbedingten Faktoren bei Pflegefachpersonen in Kanada und den USA einen Einfluss auf das Risiko haben, an CF oder Burnout zu erkranken. Sie verglichen Kanada und die USA angesichts der unterschiedlichen Gesundheitssysteme.

Die Teilnehmenden wurden per Mail rekrutiert, sie konnten über sechs Wochen auf einen Link zugreifen, über den sie zur Umfrage gelangten. Es nahmen 63 Pflegefachpersonen aus Kanada und 486 aus den USA teil. Der Fragebogen beinhaltete Fragen aus dem Abendroth Demographic Questionnaire und aus dem ProQOL-Fragebogen.

Die Forschenden fanden Folgendes heraus:

- Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der ProQOL-Werte zwischen den kanadischen und den amerikanischen Pflegefachpersonen.
- Demografische Einflussfaktoren:
 - Keine signifikanten Resultate in der Gruppe der kanadischen Pflegefachpersonen.
 - Jüngere amerikanische Pflegefachpersonen (<40 J.) zeigten öfter mittlere bis hohe Werte im STS ($p=0.017$).
 - Erfahrene amerikanische Pflegefachpersonen (26 oder mehr Jahre Berufserfahrung) zeigten die tiefsten Werte beim STS ($p=0.047$).
 - Amerikanische Pflegefachpersonen mit höherem Abschluss (Master- oder Dokortitel) zeigten öfter höhere CS-Werte ($p=0.032$)
- Gesundheitsspezifische Einflussfaktoren:
 - Amerikanische Pflegefachpersonen, die unter Depression, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Kopfschmerzen litten, zeigten öfter hohe STS Werte ($p=0.002$) und hohe Burnout-Werte ($p=0.000$).
- Persönliche Einflussfaktoren
 - Kanadische und US-amerikanische Pflegefachpersonen mit persönlichen finanziellen Belastungen zeigten hohe STS-Werte (USA und Kanada $p=0.000$) und hohe Burnout-Werte (USA $p=0.000$, Kanada $p=0.003$).
- Arbeitsbedingte Einflussfaktoren
 - Wenn persönliche und psychologische Bedürfnisse vernachlässigt werden mussten, um für Patienten und Patientinnen zu sorgen, stieg bei den kanadischen und den US-amerikanischen Pflegefachpersonen das Risiko für CF (USA: STS $p=0.000$, Burnout $p=0.000$ / Kanada: STS $p=0.002$, Burnout $p=0.000$).

Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die Teilnehmergruppe der USA ($n=486$) viel grösser ist als diejenige von Kanada ($n=63$). Die Berufserfahrung unterschied sich in den zwei Gruppen stark (Kanada: 21–25 Jahre;

USA: 2–5 Jahre). Die Inhalte der Tabellen sind teilweise nicht sinnvoll gewählt, einzelne Ergebnisse und Werte der statistischen Verfahren sind nirgends zu finden. Die Objektivität wird gestärkt, da die Forschenden standardisierte und geprüfte Fragebögen verwendeten. Die verwendeten Instrumente wurden auf ihre Reliabilität geprüft. Die Reliabilität der Studie wird aber geschwächt, da die Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Kanada anders rekrutiert wurden als die aus den USA. Die Forschenden wählten passende statistische Verfahren und geprüfte Instrumente, was zur Validität der Studie beiträgt. Die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ist fraglich, da die Teilnehmerzahl so unterschiedlich ist.

4.1.5 Studie 5 (Yu et al., 2016).

Yu et al. (2016) führten eine Studie durch, in der sie erforschten, ob demografische, arbeitsbedingte und psychologische Faktoren (hierzu zählen unter anderem Empathie und Persönlichkeit) sowie das soziale Umfeld einen Einfluss auf die ProQOL haben.

Teilnehmende aus fünf kleineren Regionalspitälern, sowie zehn grösseren spezialisierten Spitälern aus Schanghai nahmen teil. Die Forschenden beauftragten die Abteilungsleiter und -leiterinnen, die Pflegenden auf den jeweiligen Stationen über die Studie aufzuklären. Danach wurden Umschläge verteilt, welche die folgenden sechs Fragebögen beinhalteten:

1. Fragebogen zu demografischen und arbeitsbedingten Daten (selbsterstellt)
2. Chinesische Version des ProQOL-Fragebogens
3. Chinesische Version der Jefferson Scale of Empathy
4. Chinesischer Big Five Persönlichkeits-Fragebogen
5. Vereinfachter Coping-Style-Fragebogen
6. Erhaltene soziale Unterstützung

Die ausgefüllten Fragebögen wurden vor Ort eingesammelt. Teilnehmende, die an diesem Tag nicht anwesend waren, hatten eine Woche Zeit, die Fragebögen auszufüllen und den Umschlag in eine auf der Station angebrachte Box zu werfen. Das Schlusssample setzte sich aus 650 Teilnehmenden zusammen.

Die Forschenden fanden heraus, dass Schulungen zur Linderungen der durch den Tod ausgelösten Trauer, zu psychischer Betreuung von onkologischen Patienten und

Patientinnen sowie Schulungen zur Anpassung der eigenen psychischen Bedürfnisse häufiger zu CS führt (alle $p=0.000$). Zudem konnten sie aufzeigen, dass Personen, die in grösseren, spezialisierten Spitälern arbeiten, tiefere CF-Werte angaben ($p=0.002$). CF konnte signifikant mit Empathie ($p=0.025$), sozialer Unterstützung ($p=0.000$), Neurotizismus ($p=0.000$) und passivem Coping ($p=0.000$) assoziiert werden.

Die Forschenden führten multiple lineare Regressionen durch und kamen zu den folgenden Ergebnissen:

CS:

- Zwei Unterthemen von Empathie («Perspektive einnehmen»; $p=0.000$, $t=8.138$ und «in den Schuhen des anderen stecken»; $p=0.004$, $t=2.873$), zwei Arten von Schulungen («psychische Betreuung von onkologischen Patienten und Patientinnen»; $p=0.014$, $t=2.459$ und «eigene psychische Anpassungsfähigkeit»; $p=0.005$, $t=2.797$) korrelieren positiv mit CS. Unterstützung durch die nächste Bezugsperson ($p=0.016$, $t=2.407$) sowie die Eigenschaften Offenheit ($p=0.000$, $t=5.025$) und Gewissenhaftigkeit ($p=0.000$, $t=4.310$) zeigten eine positive Korrelation mit CS auf.
- Neurotizismus ($p=0.000$, $t=-3.647$) stand negativ mit CS in Beziehung.

CF:

- Mehrere Jahre Berufserfahrung ($p=0.000$, $t=3.519$), Arbeiten in kleineren Regionalspitälern ($p=0.001$, $t=3.422$), passives Coping ($p=0.014$, $t=2.471$) und Neurotizismus ($p=0.000$, $t=13.556$) zeigten einen positiven Zusammenhang mit CF.

Burnout:

- Die Anzahl Jahre auf onkologischen Stationen ($p=0.001$, $t=3.318$), das Arbeiten in kleineren Regionalspitälern ($p=0.050$, $t=1.968$), der passive Coping Style ($p=0.001$, $t=3.406$) und Neurotizismus ($p=0.000$, $t=9.579$) zeigten eine positive Beziehung zu Burnout.
- Zwei Unterthemen der Empathie («Perspektive einnehmen» ($p=0.021$, $t=-2.307$) und «in den Schuhen des anderen stecken» ($p=0.003$, $t=-3.021$),

zwei Arten von Schulungen («psychischen Betreuung von onkologischen Patienten und Patientinnen» ($p=0.010$, $t=-2.581$) und «eigene psychische Anpassungsfähigkeit» ($p=0.001$, $t=-3.376$) sowie Unterstützung der nächsten Bezugsperson zeigten einen negativen Zusammenhang mit Burnout.

Die Forschenden bezogen die Abteilungsleitungen der jeweiligen Station als wissenschaftliche Assistentinnen und Assistenten mit ein. Die Abteilungsleitungen hatten zwar keinen Zugriff auf die Resultate, sie könnten aber versucht haben, die Teilnehmenden zu beeinflussen, um gute Ergebnisse für ihre Abteilung zu erzielen. Dies beeinflusst die Objektivität der Studie. Die gewählten Fragebögen sind unabhängig von Person und Ort durchführbar. Die Forschenden wählten aufgrund der Sprache jeweils die chinesische Version, die Fragebögen sind aber auch in anderen Sprachen verfügbar. Die Reliabilität der anderen erwähnten Instrumente ist gegeben und im Text erwähnt (alle haben einen Cronbachs α Koeffizient von > 0.7). Im Text ist nicht erwähnt, dass eine Prüfung der Validität durchgeführt wurde. Die Forschenden konnten in der Diskussion ihre Hypothese bestätigen und mit den Ergebnissen begründen.

4.2 Ursachen und Einflussfaktoren Compassion Fatigue

Zur übersichtlichen Darstellung der Resultate wurden die Ursachen und Einflussfaktoren von CF in die beiden Unterkategorien institutionelle beziehungsweise persönliche Einflussfaktoren aufgeteilt. Da weniger klare Ursachen, sondern mehr Einflussfaktoren bekannt sind, wurde stärker darauf eingegangen.

4.2.1 Persönliche Faktoren

Diverse positive sowie negative Einflussfaktoren konnten identifiziert werden. Diese wurden in die Themenbereiche psychologische Faktoren, eigenes Wohlbefinden, Privates sowie Alter, Wissen und Kommunikation unterteilt.

4.2.1.1 Psychologische Faktoren

Beim Zusammenführen und Sortieren der Ergebnisse fiel auf, dass das Nähe-Distanz-Verhältnis der Pflegefachpersonen mit ihren Patienten und Patientinnen eine grosse Rolle spielt. So haben Perry et al. (2011) in einer qualitativen Studie herausgefunden, dass eine starke emotionale Einbindung in die Patientensituation CF verschlimmern kann. Eine Pflegende erzählte, dass sie die Gefühle von Patienten und Patientinnen annimmt und sie nicht mehr loswird, da sie sich zu sehr auf die Patientensituation einlasse:

I really start to feel for some patients. I pick up on their emotions and keep them. They follow me home at night. Even if I have a day off I keep thinking about them. It means I don't have any "free space" left in my head to really get into the other fun activities I am hoping to enjoy. Sometimes I admit I am too attached for my own good. (Perry et al., 2011, S. 94)

Duarte und Pinto-Gouveia (2017) haben herausgefunden, dass Empathie sowohl CS ($r=0.38$, $p<0.01$) als auch CF ($r=0.18$, $p<0.01$) steigern kann, während Yu et al. (2016) die Verringerung von CF durch Empathie erfassen konnte ($p=0.025$). Empathie präsentiert sich demnach als widersprüchliche Komponente. Auch Perry et al. (2011) erfassten diese Tatsache: «Establishing caring relationships with people I care for. That both makes CF worse, and better.» (S. 95)

Pflichtbewusstsein ($p<0.01$), Offenheit ($p<0.01$) sowie die Perspektive des anderen einnehmen ($p<0.01$) scheinen als förderliche Faktoren für CS zu wirken (Yu et al., 2016). Duarte und Pinto-Gouveia (2017) etablierten unterstützend dazu die Perspektive als CS fördernden ($r=0.31$, $p<0.01$) sowie Burnout senkenden Faktor ($r= -0.15$, $p<0.05$).

Das Selbst-Mitgefühl konnte direkt als Prädiktor von höheren CS- ($r=0.35$, $p<0.01$), tieferen CF- ($r= -0.51$, $p<0.01$) und tieferen Burnout-Werten ($r= -0.24$, $p<0.01$) festgestellt werden (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Diese Erkenntnisse werden zusätzlich von Hevezis (2016) Interventionsstudie unterstützt, in der sich die Intervention (Meditation) unter anderem auf die Stärkung des Selbst-Mitgefühls fokussierte und sich signifikante Verbesserungen der ProQOL-Werte aufzeigen liessen (CS: $p=0.027$, Burnout: $p=0.003$, STS: $p=0.047$).

Bereits vorgängig bestehende psychologische Auffälligkeiten wie zum Beispiel Neurotizismus ($p < 0.001$), passives Coping ($p < 0.001$) (Yu et al., 2016) oder psychologische Inflexibilität (CF: $r = 0.36$, $p < 0.01$, Burnout: $r = 0.47$, $p < 0.01$) (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017) können CF und Burnout verschlimmern. Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung ($p = 0.002$) in Kombination mit Kopfschmerzen konnte mit höheren STS-/Burnout-Werten in Zusammenhang gebracht werden (Wu et al., 2016). Wu et al. (2016) stellten zudem fest, dass Kopfschmerzen alleine einen Einfluss auf höhere STS-/Burnout-Werte haben können.

4.2.1.2 Eigenes Wohlbefinden

Die Erwartungen von Pflegefachpersonen an sich selbst wurde von Perry et al. (2011) und Giarelli et al. (2016) als verschlechternder Faktor für CF erfasst. Darunter fiel zum Beispiel, das Leid des Patienten oder der Patientin lindern zu wollen. Eine Teilnehmerin beschrieb etwa, dass sie den Beruf der Pflege wählte, um Personen zu helfen, die wirklich Hilfe brauchen. Wenn sie ihnen nicht helfen könne, fühle sie sich im falschen Beruf:

I went into cancer nursing because these people really need help and I wanted to help them... When I can't help them, either because they won't let me or because they are really sick and suffering, that is when I feel like I might be in the wrong specialty. Compassion fatigue takes over. (Perry et al., 2011, S. 94)

Laut Wu et al. (2016) kann das Opfern von persönlichen oder psychologischen Bedürfnissen zugunsten derer von Patienten oder Patientinnen einen negativen Effekt auf das CF-Empfinden von Pflegefachpersonen haben ($p = 0.000$). Zudem scheinen emotional schwierig handhabbare Behandlungsentscheide einen deutlichen Einfluss auf CF/CS zu haben (Giarelli et al., 2016). Eine Pflegefachperson schilderte die schwierige Situation einer Patientin, die eigentlich keine Kraft mehr hatte, doch aufgrund von falschen Hoffnungen durch die Ärzte, weiterkämpfen wollte. Für die Pflegefachperson schien die Empfehlung der Ärzte unethisch, sie wollte weiteres Leiden der Patientin verhindern:

You can tell that the patient doesn't want to go through any more, but due to friendship or promises or something, the doctor is giving false hope to family and to the patient that she will push through. Realistically, she is suffering and it seems unethical to nurses that the care we are giving is making her go through the pain and suffering... knowing that she is not going to make it. Over the weekend she coded and she was revived, and now she is brain dead. She could have passed peacefully. That kind of thing bothers me. (Giarelli et al., 2016, S. 128)

4.2.1.3 Privates

Ein gutes soziales Umfeld und soziale Unterstützung von nächsten Bezugspersonen ($p=0.001$) (Yu et al., 2016) sowie privater Kontakt mit anderen Personen (Perry et al., 2011) stehen mit tieferem CF- und höherem CS-Empfinden in Zusammenhang. So äusserten Personen mit einer gesunden Work-Life-Balance ein tieferes CF-Empfinden (Perry et al., 2011): «When I started to feel overwhelmed I took a small step back. To be effective at work, I need to keep my other life intact, too. Balance is the key.» (S. 95)

Privater Stress wurde von Duarte und Pinto-Gouveia (2017) als Prädiktor für höhere Burnout- ($r=0.21$, $p<0.01$) sowie tiefere CS-Werte ($r=-0.29$, $p<0.01$) festgestellt. Auch finanzielle Stressoren tragen zu höheren STS-/Burnout-Werten bei ($p=0.000$) (Wu et al., 2016). Psychische und emotionale Belastungen im Privatleben verschlimmert CF (Perry et al., 2011). Dies wird von nachfolgender Erzählung einer Pflegefachperson unterstützt: «I can't really point to one patient situation that brought me to my knees. Maybe it was just... a lot of stressors coming together at once.» (Perry et al., 2011, S. 94)

4.2.1.4 Alter, Wissen und Kommunikation

Wu et al. (2016) konnten junges Alter (unter 40 Jahren) als Risikofaktor für STS ($p=0.017$) erfassen. Zusätzlich brachten sie höheres Alter und Erfahrung (mindestens 26 Jahre Arbeitserfahrung) mit tieferen STS-Werten ($p=0.047$) in Verbindung. Dies wird durch Erkenntnisse von Perry et al. (2011) unterstützt, denn auch sie konnten Erfahrung und Reife als mindernde Faktoren für CF erfassen.

Durch eigene Erfahrungen und einen Perspektivenwechsel kam eine Pflegefachperson zur Erkenntnis, dass sie nicht alles und jeden heilen kann. Sie kann aber ihr Bestes tun, es den Leidenden etwas angenehmer zu machen:

Once I could let go of my fairy tale belief that as a nurse I could swoop in and fix anything for anybody I was free in a sense to do the best I could and then to let it go at that. People who don't deserve to suffer do. But I know that I can make things a little more comfortable for anyone, even those who suffer long and deep. (Perry et al., 2011, S. 95)

Entgegen diesen Ergebnissen fanden Yu et al. (2016) Indizien für einen Zusammenhang zwischen Arbeitserfahrung in der Onkologie und höheren CF-Werten ($p=0.001$). Die Jahre an der aktuellen Arbeitsstelle wurden ebenfalls als Burnout ($p=0.022$) und CF fördernder ($p=0.038$) Faktor erfasst (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Personen mit höheren Abschlüssen (Master- und Dokortitel) zeigten höhere CS-Werte ($p=0.032$) (Wu et al., 2016). Auch Perry et al. (2011) identifizierten «mehr Wissen» als mindernden Faktor für CF und beachtliche Wissensdefizite als Ursache für CF.

Damit in Zusammenhang könnten auch die Erkenntnisse von Giarelli et al. (2016) stehen, denn sie erfassten mangelnde und schwierige inter- und intraprofessionelle Kommunikation als Ursache für CF.

Auch die Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen kann positive oder negative Einflüsse auf das Erleben von CF haben (Giarelli et al., 2016). Eine Pflegefachperson beschrieb eine schwierige Situation eines Patienten mit seinen Angehörigen so:

You know, who wants to tell their family that their loved one wants to give up on the treatment? A patient told one of the nurses that she didn't want to go through the treatment anymore, so that nurse said, "You need to tell your family," but she never did. (Giarelli et al., 2016, S. 127)

4.2.2 Institutionelle Faktoren

Neben den persönlichen Einflussfaktoren haben auch die institutionellen Gegebenheiten einen Einfluss auf die Entstehung von CF. So wurde aus den Hauptstudien herausgelesen, dass die Teamarbeit, der Zeitfaktor, die fehlende Unterstützung durch die Institution und von Vorgesetzten und nicht zuletzt die zugleich hohe Erwartung an die Pflegefachpersonen einen Einfluss auf die Entstehung von CF haben.

4.2.2.1 Teamarbeit

Wu et al. (2016) erwähnten in ihrer Studie, dass Pflegefachpersonen, die an ihrem Arbeitsplatz jederzeit das Gefühl von zusammenhaltender Teamarbeit empfinden, weniger STS ($p=0.005$) und Burnout ($p=0.002$) erleben, sowie mehr CS ($p=0.005$) empfinden.

Auch Perry et al. (2011) erfassten in ihrer Studie die kollegiale Unterstützung als CF reduzierenden Umstand. So nennt er zum Beispiel ein Zitat einer Pflegefachperson: «I work with a great team and we take care of each other. We work hard together and when we have a particularly difficult case we grieve together, too. This makes all the difference.» (S. 95)

Giarelli et al. (2016) erwähnen in ihrer Studie, dass (interprofessionelle) Kommunikationsprobleme den arbeitsbedingten Stress erhöhen. Sie bezeichnen diesen Stress als CF steigernden Faktor. In der Studie wird ein frustrierendes Erlebnis einer Pflegefachperson im interprofessionellen Team zitiert, in dem sie sich nicht ernst genommen fühlte (Giarelli et al., 2016):

We had one particular patient who I knew wasn't doing well (but) the interns and residents didn't want to do anything about it. That's very frustrating when interns and residents come and go so quickly, and we know our patients. I think sometimes they don't trust us or listen to us. But maybe (the patient's suffering) could have, maybe, been prevented if they had listened to us. That's what's been really frustrating as an oncology nurse sometimes with the newer interns and residents in a learning facility. (S. 127)

Laut Giarelli et al. (2016) haben häufige Mitarbeiterwechsel und ungleich verteilte Arbeitsaufträge ebenfalls einen schlechten Einfluss auf den arbeitsbedingten Stress. Eine an der Studie teilnehmende Person erwähnte zum Beispiel, dass neue Pflegefachpersonen angestellt werden, die nicht genügend Erfahrung hätten, und dass das Assistenzpersonal sich nicht bereit zeigte, engagiert mitzuarbeiten, da sie die Einstellung hätten, bald nicht mehr dort zu arbeiten.

4.2.2.2 Zeitfaktor

Perry et al. (2011) erfassten den Zeitmangel als Auslösefaktor für CF. Pflegefachpersonen berichten, zu wenig Zeit zu haben, um die gewünschten Leistungen zu erbringen: «I cry when I leave work sometimes because I feel like I couldn't give the quality of care I wanted to give.» (Perry et al., 2011, S. 94)

Auch Giarelli et al. (2016) berichteten davon, dass Pflegende frustriert waren, weil sie nicht die bestmögliche Pflege bieten konnten. Sie äusserten, zu wenig Zeit zu haben und zu viele Patienten und Patientinnen betreuen zu müssen.

Zusätzlich dazu fanden Wu et al. (2016) heraus, dass Pflegefachpersonen, die mehr Stunden arbeiteten und mehr Todesfälle erlebten, einen höheren CS-Wert ($p=0.045$) aufzeigten als Pflegefachpersonen, die wenige Stunden arbeiteten. Sie führten dies darauf zurück, dass Pflegefachpersonen die mehr arbeiten, wahrscheinlich auch mehr Erfahrung im Umgang mit schwierigen Situationen haben.

4.2.2.3 Fehlende Unterstützung und gleichzeitig hohe Erwartungen

Aus den Hauptstudien konnte herausgelesen werden, dass die fehlende Unterstützung der Pflegefachpersonen durch die Institution, die Teamkollegen und -kolleginnen sowie die Vorgesetzten zur Prävalenz von CF beiträgt.

So erwähnen zum Beispiel Perry et al. (2011), dass fehlende Unterstützung und die gleichzeitig hohen Erwartungen von Teamkollegen und Vorgesetzten zu den Auslösern von CF zählen.

Auch Giarelli et al. (2016) erwähnten, dass die fehlende Unterstützung und die gleichzeitig hohen Erwartungen der Institution zu hohem arbeitsbedingtem Stress führten.

Das CS-Erleben kann gesteigert werden, wenn die Pflegefachpersonen Weiterbildung besuchen in den Bereichen Trauern ($p=0.000$), psychologische Unterstützung der onkologischen Patienten und Patientinnen ($p=0.000$) und Anpassung der eigenen psychologischen Bedürfnisse ($p=0.000$) (Yu et al., 2016).

4.2.2.4 Zufälle / Gegebenheiten

In den Hauptstudien wurden auch beeinflussende Faktoren genannt, welche die Institutionen nicht steuern können. Yu et al. (2016) erwähnten, dass Personen, die in kleineren, regionalen Spitälern arbeiten, generell höhere CF-Werte aufweisen ($p=0.001$) als solche aus grösseren, spezialisierten Spitälern. Pflegefachpersonen, die einen traumatisierenden Tod miterlebt haben, leiden signifikant öfter an CF ($p=0.005$) als andere (Wu et al., 2016).

4.3 Schutzfaktoren

Grundsätzlich können sich Pflegefachpersonen auf onkologischen Bettenstationen vor CF schützen, indem sie die positiven Einflussfaktoren fördern und die negativen vermeiden. Vier der Hauptstudien erforschten konkrete Interventionen, diese werden nachfolgend beschrieben. Dabei handelt es sich um zwei meditationsbasierte Interventionen (MBI), eine Intervention, die eine Smartphone-Applikation (App) involviert, sowie eine, die sich auf Nachbesprechungen fokussiert.

4.3.1 Studie 6 (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016)

Die quantitative Studie von Duarte und Pinto-Gouveia (2016) hatte das Ziel, die Wirkung einer vor Ort angewendeten achtsamkeitsbasierten Intervention (unter anderem Meditation) auf psychologische Auswirkungen von STS/Burnout und CS bei onkologischen Pflegefachpersonen zu erforschen. Die Intervention umfasste sechs Schulungen (eine pro Woche), die während der Arbeitszeit stattfanden. Den Teilnehmenden wurden darin verschiedene Theorien und praktische Übungen vermittelt (z.B. zu Achtsamkeit, Atmung, Körpergefühl, schwierige Emotionen/Gedanken, Selbst-Mitgefühl). Zusätzlich erhielten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ein Handbuch und eine CD mit ergänzenden Informationen und geführten Meditationsübungen. Sie wurden gebeten, die Übungen für 15 Minuten pro

Tag zuhause durchzuführen. Die Ergebnisse der Interventionsgruppe (IG) zeigten eine signifikante Verbesserung der CF-Werte ($p < 0.001$) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) ($p = 0.483$) sowie verringerte Burnout- ($p = 0.002$) respektive Stresswerte ($p = 0.008$) und eine grössere Zufriedenheit mit dem eigenen Leben ($p = 0.026$).

Die Resultate der Studie müssen jedoch mit Vorsicht bewertet werden: Eine hohe Dropout-Quote (48 Prozent), einige nicht valide Erfassungsinstrumente, die Tatsache der geringen Samplegrösse sowie der Umstand, dass die Teilnehmenden nicht randomisiert wurden, schränken die Güte der Studie ein. Obwohl standardisierte Fragebögen verwendet wurden, könnte die hohe Anzahl dieser Fragebögen, und der damit verbundene Zeitaufwand, die Dropout-Quote erhöht und somit die Reliabilität der Studie einschränken.

4.3.2 Studie 7 (Hevezi, 2016)

Die quantitative Pilotstudie von Hevezi (2016) verfolgte das Ziel herauszufinden, ob kurze (< 10 Minuten), strukturierte Meditationen die CF-Werte bei onkologischen Pflegefachpersonen reduzieren und CS-Werte verbessern könnten. Es handelte sich dabei um eine nicht randomisierte Prä-post-Interventionsstudie ohne KG mit selbst auszufüllenden Fragebögen (ProQOL). Die Teilnehmenden ($n = 15$) führten über einen Monat an fünf Tagen der Woche eine geführte Meditation durch (mithilfe einer CD). Die Intervention zeigte eine statistisch signifikante Zunahme der CS-Werte ($p = 0.027$) sowie eine Abnahme von Burnout- ($p = 0.003$) und STS-Werten ($p = 0.047$). Die Studie zeigt, dass MBI eine vielversprechende Wirkung auf CF und CS haben könnten.

Aufgrund der eingeschränkten Güte der Studie sind die Resultate jedoch nur mit Vorsicht zu übertragen. So hat die Studienautorin einige Teilnehmende der Studie schon im Voraus gekannt und mit ihnen über die Praktikabilität einer MBI gesprochen. Dies schränkt die Objektivität der Studie erheblich ein. Zusätzlich zur kleinen Stichprobengrösse wurde die Intervention zudem auf nur einer Abteilung durchgeführt. Neben dem ProQOL-Fragebogen wurden keine weiteren beeinflussende Variablen erfasst.

4.3.3 Studie 8 (Jakel et al., 2016)

Jakel et al. (2016) führten eine prospektive, quasiexperimentelle Studie im quantitativen Design durch. Die Forschenden prüften den Effekt einer zweckmässigen und preiswerten App in Bezug auf die berufliche Lebensqualität von onkologischen Pflegefachpersonen mit CF-Risiko. Die Teilnehmenden arbeiten in einem medizinischen Zentrum in Kalifornien und wurden von den Forschenden in nicht randomisierte IG und KG unterteilt. Zuerst nahmen sie alle an einer Informationsveranstaltung zu CF teil. Die IG bekam Zugang zur Provider Resilience Mobile Application, einer App zur Resilienzförderung. Sie wurde ursprünglich für Personen entwickelt, die mit Militärdienstleistenden arbeiten. Die IG benutzte die App über sechs Wochen. Vor und nach der Intervention füllten die Teilnehmenden den ProQOL-Fragebogen aus.

Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen der KG und der IG. Die Ergebnisse müssen aber mit Vorsicht betrachtet werden, da in der Diskussion erwähnt wird, dass es sich um eine Pilotstudie handelt.

Die Objektivität wird durch standardisierte Fragebögen und die Verwendung einer öffentlich verfügbaren App gestärkt. Die Forschenden führten keine «Sample-Size Calculation» durch. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist fraglich, da die Studie nur auf einer Station durchgeführt wurde. Die Forschenden verwendeten Fragebögen, die auf ihre Reliabilität geprüft wurden. Jedoch verwendeten sie kleine Stichproben (IG n=16, KG n=9), und die Zeit, die die Teilnehmenden in der App verbrachten, wurde nicht erhoben. Die Validität wird erschwert, da die Ad-hoc-Analyse eine geringe Aussagekraft auswies.

4.3.4 Studie 9 (Zajac et al., 2017)

Zajac et al. (2017) untersuchten eine Intervention, bei der auf vier onkologischen Abteilungen (zwei medizinischen und zwei gemischt medizinisch-chirurgischen) im mittleren Westen der USA nach jedem Todesfall über drei Monate eine Nachbesprechung durchgeführt wurde, an der ein Supervisor aus dem Forschungsteam teilnahm. Es wurden drei Fragen besprochen: «Wie hast du dem Patienten beziehungsweise der Patientin oder der Familie geholfen?», «Welches Beispiel der Zusammenarbeit ist erwähnenswert?», «Welchen Einfluss hatte der Tod

des Patienten beziehungsweise der Patientin auf dich?»

Die Daten der vierteljährlich erhobenen Patientenzufriedenheit des Spitals wurden ebenfalls in die Analyse einbezogen, um einen Zusammenhang zwischen dem ProQOL, der Patientenzufriedenheit und der Intervention zu erfassen.

Auch in dieser Studie kam es zu keinen signifikanten Unterschieden der CF-Werte zwischen der IG und der KG. Die IG zeigte nach der Intervention jedoch signifikant höhere CS-Werte ($p=0.002$) als die KG. Die Patientenzufriedenheit war in der Kategorie «Skills of the Nurse» deutlich höher als vor der Intervention ($p=0.007$). Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Todesfälle zwischen den Stationen variierte.

Die Reproduzierbarkeit ist erschwert, da die Intervention nur ungenau erklärt wird. So wird zum Beispiel nicht erläutert, wie oft die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der IG an den Besprechungen teilnahmen. Ebenfalls ist unklar, ob sie verpflichtet waren, an jeder Besprechung teilzunehmen, oder was geschah, wenn die Patienten oder Patientinnen nicht in ihrem Dienst verstarben.

Die gut gewählten Messinstrumente stärken die Objektivität, die Reliabilität und die Validität. Die Drop-outs werden unklar beschrieben, was die Nachvollziehbarkeit der Resultate einschränkt und zu einer Datenverzerrung führen könnte. Die Validität ist fraglich, da die Methode teilweise unklar beschrieben ist und die Tabellen nicht immer aussagekräftig sind.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Hauptstudien kritisch gewürdigt, die Resultate diskutiert und dem Modell des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1997) zugeordnet. Anschliessend werden Implikationen für die Praxis abgeleitet, Limitationen dieser Bachelorarbeit aufgezeigt sowie Vorschläge für weiterführende Forschung gemacht.

5.1 Würdigung der Studien

Alle oben erfassten Ergebnisse müssen mit grosser Vorsicht gewertet werden. Aufgrund der Tatsache, dass CF ein noch junges Forschungsfeld darstellt, gibt es erst wenige valide und reliable Studien. Nichtsdestotrotz zeigen einige Erkenntnisse einen guten Ansatz, wie sich CF in Zukunft besser vermeiden oder verringern lassen könnte.

Alle eingeschlossenen Studien holten vor Durchführung die Bewilligung eines Ethikkomitees der Universität oder der Spitäler ein. In allen Studien wurden die Teilnehmenden entsprechend über die Studie aufgeklärt und stimmten der Verwendung ihrer Daten zu. Der ProQOL-Fragebogen (Stamm, 2010) wurde mit Ausnahme der qualitativen (Perry et al., 2011) von allen eingeschlossenen Studien verwendet, was Vergleiche der Studienergebnisse deutlich erleichtert. Dieses Erfassungsinstrument hat sich in der Literatur bewährt und gilt als valide und reliabel mit einem Cronbachs-Alpha von $\alpha=0.88$ für CS, $\alpha=0.75$ für CF und $\alpha=0.81$ für STS (Stamm, 2010). Grösstenteils wurde in den Studien auf die Reliabilität und Validität der restlich angewendeten Erfassungsinstrumente hingewiesen. Jedoch fehlten vereinzelt Angaben dazu. So zum Beispiel bei (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017), die keine Angaben zum in ihrer Studie verwendeten «Interpersonal Reactivity Index» machten. Yu et al. (2016) erwähnten zwar, eine chinesische Version zur Erfassung von wahrgenommener sozialer Unterstützung getestet zu haben, jedoch werden keine Zahlen dazu angegeben.

Es konnten nur Studien mit willkürlichen Stichproben gefunden werden, was die Repräsentativität der Ergebnisse erheblich einschränkt. Auch in den Interventionsstudien (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016; Hevezi, 2016; Jakel et al., 2016; Zajac et al., 2017) fand keine Randomisierung in der Einteilung in IG und KG statt

oder es wurde gar keine KG erfasst. Bei Duarte und Pinto-Gouveia (2016) konnten sich die Teilnehmenden je nach Arbeitsplan oder Beschäftigung selbst in IG und KG (Warteliste) einteilen. Jakel et al. (2016) erwähnen lediglich, dass die Teilnehmenden durch die Forschenden nicht randomisiert eingeteilt wurden, nicht aber, wie genau. Hevezi (2016) erfasste keine KG, da es sich um eine Pilotstudie handelt und in der fortführenden Studie eine KG unabdingbar ist. Auch Zajac et al. (2017) beschrieben lediglich eine IG. Das könnte dadurch bedingt sein, dass es sich dabei um eine Mixed-Method-Studie handelt.

Beim aktuellen Stand der Forschung scheint es aufgrund der ungenügenden Anzahl Teilnehmenden schwierig zu sein, eine Randomisierung anzuwenden. Sie ist jedoch ein Faktor, der in Zukunft in die CF-Forschung implementiert werden sollte.

Acht der neun Hauptstudien arbeiteten unter anderem mit Selbsteinschätzungsinstrumenten, mit Likert-Skalen zur Skalierung der Beurteilung durch die Pflegenden. Dabei ist zu bemerken, dass diese Art der Erfassung eine Limitation darstellt, da es sich um subjektive Einschätzungen handelt. Um diese Einschätzungen statistisch analysieren zu können, werden sie mittels der Likert-Skala objektiviert. Zudem könnte das Ausfüllen der Fragebögen durch äussere Reize beeinflusst werden (zum Beispiel aktuelle Gefühlslage, Zeitdruck). Streng genommen handelt es sich dabei um non-metrische intervallskalierte Daten. Um höherstehende Analysen wie zum Beispiel Varianzanalysen oder Regressionen durchführen zu können, ist es in den Sozialwissenschaften jedoch üblich, die Daten als ordinalskaliert zu behandeln (Hirsig, 1996). Bei Duarte und Pinto-Gouveia (2016) wurden den Studienteilnehmenden gleichzeitig mehrere verschiedene Fragebögen abgegeben. Die hohe Drop-out-Rate (48 Prozent) bei Duarte und Pinto-Gouveia (2016) könnte auf den erheblichen Aufwand zurückzuführen sein, den das Ausfüllen von sieben individuellen Fragebögen erfordert.

In den Studien von Duarte und Pinto-Gouveia (2017), Yu et al. (2016) sowie Giarelli et al. (2016) waren Mitarbeitende oder Leitende der Stationen, auf denen die Studien durchgeführt wurden, Mitglieder im Forschungsteam. Obwohl sie keinen direkten Zugang zu den Antworten der teilnehmenden Pflegenden hatten, kann eine allfällige Beeinflussung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht ausgeschlossen werden.

Abschliessend ist festzuhalten, dass im Forschungsfeld von CF noch hohes Verbesserungspotenzial besteht und die Gütekriterien in Zukunft besser gewährleistet sein müssen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen und die Resultate auf andere Populationen übertragen zu können. Aufgrund der aktuellen Literatur kann davon ausgegangen werden, dass CF allgemein sowie in spezifischen Disziplinen im Gesundheitswesen immer mehr Bedeutung zukommen wird und neue Erkenntnisse gefunden werden können.

5.2 Diskussion der Resultate

Es stellte sich als Herausforderung dar, aus Studien spezifische Ursachen für CF herauszufiltern. Perry et al. (2011) sowie Giarelli et al. (2016) widmeten einen Teil der Ergebnisse ihrer qualitativen Studien den Ursachen von CF. Folgende Ursachen von CF lassen sich aus den beiden Studien zusammenfassend ableiten:

- mangelndes Wissen über CF
- mangelnde Unterstützung und Kommunikationsschwierigkeiten im pflegerischen und interprofessionellen Team sowie von Vorgesetzten
- fehlende Zeit/Möglichkeit für hochstehende Pflege
- Störfaktoren im Arbeitsumfeld

Diese Ursachen beziehen sich fast ausschliesslich auf fehlende Ressourcen und institutionelle Faktoren. Diese werden auch in den restlichen Hauptstudien, die sich eher auf die Einflussfaktoren und weniger auf die klaren Ursachen fokussierten, immer wieder erwähnt. Vor allem die Wichtigkeit der Teamarbeit kommt in den Hauptstudien wiederholt zur Sprache. Der Alltag der Menschen definiert sich in diversen Bereichen an Gruppen, sie arbeiten, definieren und engagieren sich in Gruppen und Teams. Ein grosser Teil ihres persönlichen Wohlbefindens hängt von ihrer Akzeptanz durch die Gruppe und das Team ab (Masemann & Messer, 2010). Das Pflegeteam als solches ist geprägt durch Schichtarbeit, hohe Fluktuationsraten, steigende Anforderungen an die Pflegequalität, neue Standards und eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Patienten und Patientinnen. Das kann zu zusätzlichen Spannungen und Meinungsverschiedenheiten innerhalb des Teams führen (Masemann & Messer, 2010).

Bei den Faktoren, die sich positiv auswirken, entpuppte sich die Selbstpflege als weiterer Hauptaspekt. Das Selbst-Mitgefühl konnte als Prädiktor für höhere CS- sowie tiefere CF- und BO-Werte erfasst werden. Dieses Resultat wird von Sansó et al. (2015) bestätigt. Im Rahmen einer Untersuchung von Gesundheitsfachleuten im palliativen Setting fanden sie heraus, dass sich Selbstpflege und Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper und Geist positiv auf CS- sowie negativ auf CF- und Burnout-Werte auswirken. Das Konzept der Selbstpflege kann diverse Einflussfaktoren umfassen. So kann die psychische Selbstpflege beinhalten, dass die Pflegefachpersonen auf ihre eigenen Bedürfnisse achten und diese ernst nehmen. Laut Wu et al. (2016) kann das Ignorieren dieser Bedürfnisse einen negativen Einfluss auf CF haben. Wer also nicht auf sich selbst und seine Gesundheit schaut oder schauen kann, sollte dies auch nicht für andere tun.

Eine Möglichkeit, dieses Selbst-Mitgefühl und die Achtsamkeit im Umgang mit sich selbst und mit anderen zu trainieren, sind die MBI, die Hevezi (2016) und Duarte und Pinto-Gouveia (2016) in ihren Studien untersucht haben. Hevezi (2016) und Duarte und Pinto-Gouveia (2016) konnten in ihren Studien das Potenzial von Meditationen aufzeigen. Dabei scheint es wichtig, dass die Meditationen jeweils kurze Zeitsequenzen in Anspruch nehmen, damit sie sich gut in den Arbeitsalltag oder den Alltag zuhause integrieren lassen. Die Pflegefachpersonen sollten sich vollständig auf die Meditation konzentrieren können und dabei vergessen, was es noch alles zu erledigen gäbe. Die Wirkung der MBI kommt nur zum Tragen, wenn das Umfeld diese Massnahme unterstützt. So müssten im Spital die Zeit und Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Das Nähe-Distanz-Verhältnis und die Empathie wurden ebenfalls in diversen Studien als Faktoren erwähnt, die einen Einfluss auf CF haben. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Ergebnisse bezüglich Empathie kontrovers sind. So erwähnen zum Beispiel Yu et al. (2016), dass Empathie zu tieferen CF-Werten führe, während laut Perry et al. (2011) emotionale Einbindung CF verschlimmere. Duarte und Pinto-Gouveia (2017) meinen, dass die Empathie die CS-Werte steigern, gleichzeitig aber auch zu einer Erhöhung der CF-Werte führen könne. Dies ist am ehesten damit zu erklären, dass CF und CS eng miteinander verbunden sind. Pflegefachpersonen, die eine enge emotionale Bindung zu ihren Patienten und Patientinnen eingehen und mit

ihnen mitfühlen, können zum einen viel Freude erleben, sind aber gleichzeitig gefährdeter, CF zu entwickeln.

Jakel et al. (2016) wollten in ihrer Studie die Signifikanz eines Mobiltelefon-Apps als Intervention bei CF prüfen. Leider konnten sie keine signifikanten Ergebnisse feststellen. Die Studie wurde trotzdem in diese Bachelorarbeit integriert, da die Digitalisierung in allen Bereichen des Lebens zunehmend an Bedeutung gewinnt und Smartphones unverzichtbare Begleiter des Menschen sind (Jarke, 2018). Deshalb sehen die Verfasserinnen dieser Arbeit ein grosses Potential in sinnvoll aufgebauten Resilienzfördernden Apps.

5.3 Salutogenese, Modell des Kohärenzgefühls

Im folgenden Abschnitt wird versucht, die Ergebnisse dem Modell des Kohärenzgefühls von Antonovsky (1997) zuzuordnen. Da die drei Komponenten Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit zusammenspielen, lassen sich einzelne Aufgaben nur schwer zuordnen.

5.3.1 Verstehbarkeit

Duarte und Pinto-Gouveia (2017) erwähnen in ihrer Studie, dass psychische Inflexibilität zu höheren Burnout- und CF-Werten führe. Psychische Inflexibilität führt zu Vermeidungshaltungen, die Personen möchten starren Regeln folgen, um komplexe Situationen und schwierige Erfahrung zu vermeiden oder sie zu kontrollieren (Hayes, Strosahl, Wilson & Strosahl, 1999). Das könnte dazu führen, dass die Sichtweise nicht angepasst werden und das Erlebte nicht strukturiert und eingeordnet werden kann.

Laut Perry et al. 2011, kann eine zu starke emotionale Bindung zu den Patienten und Patientinnen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an CF zu erkranken. Die emotionale Bindung kann sowohl CF wie auch CS fördern (Wenzel et al., 2011). So berichten Pflegefachpersonen in einer anderen Studie, dass die Beziehung zu den Patienten und Patientinnen ihnen half, der Situation einen Sinn zu geben (Wenzel et al., 2011). Die Verfasserinnen dieser Arbeit vermuten, dass zu enge emotionale Beziehungen die Fähigkeit, die Situation distanziert zu bewerten und sie einzuordnen, erheblich einschränkt.

5.3.2 Sinnhaftigkeit

Empfindet eine Pflegefachperson ihre Arbeit als lohnenswert, sieht sie wahrscheinlich eher einen Sinn in ihrer Arbeit. Die Sinnhaftigkeit könnte geschwächt werden, wenn die Pflegefachperson unfähig ist, Leiden zu vermindern. Sie könnte dadurch an ihrer Arbeit zweifeln. Denn die Unfähigkeit, Leiden zu vermindern, kann zu CF führen (Perry et al., 2011).

Die kognitive und affektive Empathie ist positiv mit CS assoziiert (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Gemäss Duarte und Pinto-Gouveia (2017) lässt sich kognitive Empathie definieren als Fähigkeit zu verstehen, was der andere fühlt. Unter affektiver Empathie wird verstanden, dass man fühlt, was der andere fühlt. Laut Wirth, Schramm und Böckling (2006, S. 231) kann die kognitive Empathie als Nachvollziehen, die affektive Empathie als Nachfühlen definiert werden. Das Verstehen dieser Theorie könnte die Pflegefachpersonen darin unterstützen, besser nachvollziehen zu können, was sie tun und wieso es nützlich ist.

In der Studie von Giardelli et al. (2016), empfiehlt eine Teilnehmerin, dass es helfen könnte, eine andere Perspektive einzunehmen um die Situation aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Wenzel et al. (2011) erklären in ihrer Studie, dass es den Pflegefachpersonen helfen kann, in schwierigen Situationen die Perspektive der Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen einzunehmen, um der Situation und dem eigenen Handeln einen Sinn zu geben (Wenzel et al., 2011).

5.3.3 Handhabbarkeit

Alter und Erfahrung senken das Risiko, CF zu entwickeln (Wu et al., 2016). Mit zunehmendem Alter und entsprechend grösserer Erfahrung können Handlungsstrategien entwickelt werden. Erlebt eine ältere und erfahrenere Pflegefachperson ein traumatisches Ereignis mit, so ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie auf ein bereits erlebtes, vergleichbares Geschehnis und die damals verwendeten Strategien zurückgreifen kann.

Personen, die passive Coping-Strategien anwenden, leiden häufiger an CF (Yu et al., 2016). Die Handhabbarkeit könnte durch das Verdrängen und Nichtansprechen des Problems geschwächt werden. So erwähnen zum Beispiel Rees, Breen, Cusack und Hegney (2015), dass Personen mit geringer Selbstwirksamkeit und die nicht daran

glauben, an der Situation etwas ändern zu können, eher zu passiven Coping-Strategien greifen wie Vermeiden oder Substanzmissbrauch.

Giarelli et al. (2016) erwähnen, dass persönliche Strategien wie der interne Dialog und die Entschärfung von Stress zu mehr CS und weniger CF führen. Solche persönlichen Coping-Strategien können die Handhabbarkeit stärken. Laut Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew und Sanchez (2007) erleben Personen, die Coping-Strategien anwenden, mehr Arbeitszufriedenheit als solche, die Coping vermeiden.

Selbst-Mitgefühl lässt höhere CS-Werte und tiefere CF- und Burnout-Werte vermuten (Giarelli et al., 2016). Auch das Selbst-Mitgefühl könnte als eine Art Coping-Strategie angesehen werden. Laut Neff (2003) kann das Selbst-Mitgefühl als nützliche emotionale Bewältigungsstrategie erachtet werden. Zusätzlich hilft es zu erkennen, wie die eigene Handlung eine Stresssituation aufrechterhalten oder entschärfen kann.

5.3.4 Externe Stimuli

Zu den externen Stimuli zählen die Einflussfaktoren, die von der Aussenwelt kommen und zusätzlich zum zu verarbeitenden Problem bewältigt werden müssen. So haben laut Wu et al. (2016) Personen, die unter Kopfschmerzen und posttraumatischen Belastungsstörungen oder Depressionen leiden, auch öfters CF. Auch persönlicher Stress und finanzielle Belastungen, die zu vermehrtem Auftreten von CF führen (Wu et al., 2016), können als externe Stimuli gesehen werden. Generell könnte man sagen, dass zusätzliche physische und emotionale Belastungen ausserhalb der Arbeit das Entstehen von CF begünstigen.

5.3.5 Ressourcen

Im Ergebnisteil wurden bereits diverse Ressourcen aufgezählt, die das Entstehen von CF positiv oder negativ beeinflussen. Diese können auch das Kohärenzgefühl beeinflussen. Dazu gehören die von der Institution zur Verfügung gestellten sowie die persönlichen Ressourcen. Als Beispiel nennen Duarte und Pinto-Gouveia (2017) zum Beispiel das Alter. In der Studie von Wu et al. (2016) werden die Berufsabschlüsse und die Teamarbeit als Ressourcen genannt.

Laut Antonovsky (1997, S. 44) ist es von Bedeutung, welche Art von Stressoren erlebt werden. Dies erklärt, wieso einige Stressoren oder Ressourcen einen Einfluss auf das Kohärenzgefühl haben, während andere einfach weggesteckt werden. So unterscheidet er in seinem Buch chronische Ressourcen/Stressoren, Stress-Lebensereignisse und tägliche Widrigkeiten. Die chronischen Ressourcen oder Stressoren sind Ereignisse, die in einer Lebenssituation verankert sind. Dazu gehören chronische Krankheiten wie zum Beispiel chronische Kopfschmerzen oder Depressionen. Sie sind generalisiert und langlebig und entscheiden primär über das Niveau des Kohärenzgefühls einer Person.

Die Stress-Lebensereignisse sind einzelne Erlebnisse, die herausragen und deren Zeitpunkt spezifizierbar ist. Hierzu zählen zum Beispiel der Tod eines Angehörigen, eine Geburt, Scheidung oder Kündigung. Die Stress-Lebensereignisse können sich sowohl negativ als auch positiv oder neutral auf das Kohärenzgefühl auswirken (Antonovsky, 1997, S. 44–45).

Als dritte und letzte Art der Stressoren nennt Antonovsky (1997, S. 45) die täglichen Widrigkeiten. Dazu zählen einzelne Ereignisse ohne adaptive Reaktion, zum Beispiel Beleidigungen, Komplimente, kleine Unfälle, Erfolge etc. Treten diese einzeln und nur gelegentlich auf, haben sie laut Antonovsky keinen Einfluss auf das Kohärenzgefühl. Treten sie ständig und mehrfach auf, werden sie zu chronischen Ressourcen oder Stressoren.

5.4 Implikationen für die Praxis

Die Anforderungen im Pflegealltag nehmen aufgrund des Fortschritts der Medizin und der immer älter werdenden Bevölkerung zu. Gleichzeitig ist die Personalknappheit im Bereich Pflege ein ernstzunehmendes Problem. Der Pflegebedarf nimmt zu und die Fluktuationsrate ist in vielen Spitälern hoch. Gleichzeitig verlassen Pflegefachpersonen den Beruf im Durchschnitt nach 10 bis 15 Jahren («Karriere in der Pflege?», 2015).

Wie bereits erwähnt, steigen Pflegefachpersonen, die unter einer hohen emotionalen Erschöpfung leiden, doppelt so häufig aus dem Beruf aus (Heinen et al., 2013). Auch CF führt zu einer hohen Fluktuationsrate (Girgis et al., 2009). Dies belegt die Wichtigkeit des Themas auch für den Arbeitsgeber. Zudem erwähnen Girgis et al.

(2009), dass CF einen Einfluss auf die Pflegequalität und die Personalausfälle hat. Natürlich darf neben den Auswirkungen für die Institution das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegefachpersonen nicht vergessen werden.

Um das Bewusstsein für CF sowie dessen Risikofaktoren und Symptome zu steigern, sind Schulungen und Informationsveranstaltungen zu diesem Thema unabdingbar. Dazu kommt, dass Schulungen zum Umgang mit psychischen Problemen die CF-Rate senken (Yu et al., 2016). Die Teamarbeit soll gefördert und von den leitenden Positionen unterstützt werden.

Konkrete Interventionen lassen sich mit Ausnahme der MBI nur bedingt aus den Hauptstudien ableiten. MBI sind einfach umsetzbar und können von den Pflegefachpersonen mit wenig Zeitaufwand selbstständig durchgeführt werden. Jedoch ist weiterführende Forschung nötig, um ihre Wirksamkeit zu bestätigen.

5.5 Limitationen dieser Bachelorarbeit

Die verwendeten Hauptstudien weisen teilweise eine geringe Evidenz auf. Bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse ist daher Vorsicht geboten. Die unterschiedlichen Populationen (USA, China, Portugal) mit dementsprechend anderen Gesundheitssystemen schränken die Übertragbarkeit der Resultate auf die Schweiz zusätzlich ein.

Es wurden Studien mit wenig signifikanten Ergebnissen als Hauptstudien verwendet, da nur eine beschränkte Anzahl Studien mit signifikanten Ergebnissen zu konkreten Interventionen gefunden wurde. Zudem wurde eine systematisierte und nicht eine systemische Literaturrecherche durchgeführt, wodurch die Möglichkeit besteht, dass nicht alle relevanten Studien eingeschlossen wurden.

Da alle Studien und ein Teil der verwendeten Fachliteratur auf Englisch verfasst waren, kann ein allfälliger Übersetzungsfehler durch die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit nicht ausgeschlossen werden.

Aufgrund der eingeschränkten Kenntnisse zum methodischen Vorgehen der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit könnte es sein, dass beim kritischen Würdigen der Studien, Limitationen nicht erkannt wurden.

5.6 *Weiterer Forschungsbedarf*

Während dem Verfassen dieser Arbeit wurde immer wieder deutlich, dass zum Thema CF nur eine begrenzte Anzahl evidenzbasierter Literatur vorhanden ist. Bereits eine einheitliche Definition für CF zu finden, gestaltete sich schwierig, es scheint keine allgemein gültige Definition zu geben. Zu den Ursachen und Einflussfaktoren ist bereits einige – jedoch wenig repräsentative – Literatur vorhanden. Evidenzbasierte Interventionen zu CF sind erst ansatzweise erforscht. Zur Ursachen- und Interventionsforschung sind breit angelegte, repräsentative Studien erforderlich. Eine mögliche Forschungsrichtung wäre, wie auszubildende Pflegefachpersonen bereits in ihrer Ausbildung für CF sensibilisiert werden können und ihnen hilfreiche Strategien für ihr Berufsleben mitgegeben werden können.

6 Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die Ziele der Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit überprüft, die Fragestellung abschliessend beantwortet und die eigenen Erkenntnisse aufgezeigt.

Ein Ziel dieser Bachelorarbeit war, das Phänomen Compassion Fatigue zu definieren, um dann dessen Ursachen und Symptome sowie die entsprechenden Interventionen zusammenzufassen. Dieses Ziel konnte nur teilweise erreicht werden. Bereits eine einheitliche Definition zu finden, gestaltete sich schwierig, da in der Literatur verschiedene Definitionen von CF beschrieben werden. Die Verfasserinnen wollten ursprünglich das Phänomen CF klar von Burnout abgrenzen, was sich aber nicht umsetzen liess, da fast alle inkludierten Studien mit dem ProQOL-Fragebogen arbeiteten. Dieser beschreibt CF als Kombination von Burnout und STS.

Zu den Ursachen und Interventionen ist zwar einige Literatur vorhanden, doch lässt sich diese aufgrund der eingeschränkten Güte nur mit Vorsicht anwenden.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Ursachen beziehungsweise Faktoren, die die Entstehung von CF beeinflussen, persönlich bedingt sind und durch Gegebenheiten der Institution entstehen können. Zu den persönlichen Faktoren zählen psychologische Eigenschaften, persönliches Wohlbefinden, der private Alltag, das Alter sowie Wissensstand und Erfahrung. Die Faktoren, die von der Institution oder dem Arbeitsplatz kommen, umfassen die Stimmung im Team, die Unterstützung vom Arbeitgeber, die Erwartungen und der Zeitfaktor. Um das Entstehen von CF zu verhindern, sollen primär die Faktoren, die sich negativ auswirken, vermindert und die positiven gestärkt werden. Zur Verbesserung des eigenen Wohlbefindens empfehlen sich für das Pflegefachpersonal meditationsbasierte Interventionen.

Ein weiteres Ziel war es, das Konzept der Salutogenese in die Arbeit einfließen zu lassen. Die Ergebnisse konnten nur bedingt dem Konzept zugeteilt werden, der Zusammenhang zwischen der Entstehung von CF und dem Kohärenzgefühl konnte aber aufgezeigt werden.

In Anbetracht der prekären gesundheitspolitischen Lage mit sich verschlechternden Prognosen unter anderem in Bezug auf das Pflegepersonal (Addor et al., 2016; Dolder & Grünig, 2016) scheint es umso wichtiger, die Gesundheit der

Pflegefachpersonen zu erhalten. Die Institutionen spielen dabei eine tragende Rolle. Mittels Aus- und Weiterbildungen könnte das Bewusstsein für Compassion Fatigue gesteigert und das Pflegefachpersonal über mögliche schützende Massnahmen aufgeklärt werden.

Die Verfasserinnen befassten sich intensiv mit dem Phänomen Compassion Fatigue und dem Schreiben einer wissenschaftlichen Arbeit. Sie konnten einige Erkenntnisse aus dieser Arbeit ableiten, die für sie essenziell sind, um im Berufsalltag schwierigen Situationen besser begegnen zu können. So wurde klar, wie wichtig die gute Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit ist. Weitere unverzichtbare Faktoren sind eine ausgewogene Work-Life-Balance und eine gesunde Psychohygiene.

Erst durch die Sensibilisierung von Pflegefachpersonen mittels Aufklärung zum Thema Compassion Fatigue sowie durch die Erforschung und Implementierung von wirksamen Interventionen kann eine erfolgreiche Bekämpfung des Phänomens Compassion Fatigue gelingen.

Literaturverzeichnis

- Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «*nurses at work*» – Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz. Obsan Bulletin 8/2016. Neuchatël: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff am 25.7.2017. Verfügbar unter:
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-08_d.pdf
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career*. Elsevier.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Band 36). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Aycock, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (2), 183–191. doi:10.1188/09.CJON.183-191
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, Hanna & Mayer, Herbert. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Bundesamt für Statistik: Krebs. (2013). *Bundesamt für Statistik*. Zugriff am 21.7.2017. Verfügbar unter:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing Pre-Appraised Evidence: Fine-Tuning the 5S Model into a 6S Model. *Evidence Based Nursing*, 12 (4), 99–101. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b
- Dolder, P. & Grünig, A. (2016). *Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdAsanté. Verfügbar unter:

<https://www.gdk->

[cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun._gesundheitsberufe/versorgungsbericht/versorgungsbericht_2016-de-v2.2-web.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun._gesundheitsberufe/versorgungsbericht/versorgungsbericht_2016-de-v2.2-web.pdf)

- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. & Sanavio, E. (2003). Predicting Burnout Among HIV/AIDS and Oncology Health Care Workers. *Psychology and Health*, 18 (55), 677–684. doi:10.1080/0887044031000141180
- Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a Mindfulness-Based Intervention on Oncology Nurses' Burnout and Compassion Fatigue Symptoms: A Non-Randomized Study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98–107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002
- Duarte, J. & Pinto-Gouveia, J. (2017). The Role of Psychological Factors in Oncology Nurses' Burnout and Compassion Fatigue Symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. doi:10.1016/j.ejon.2017.04.002
- Ergun, F. S., Oran, N. T. & Bender, C. M. (2005). Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nursing*, 28 (3), 193–199.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (Brunner/Mazel psychosocial stress series). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue* (Brunner-Routledge psychosocial stress series) (Band 24). New York: Brunner-Routledge.
- Giarelli, E., Denigris, J., Fisher, K., Maley, M. & Nolan, E. (2016). Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study. *Oncology Nursing Forum*, 43 (3), E121–E131. doi:10.1188/16.ONF.E121-E131
- Girgis, A., Hansen, V. & Goldstein, D. (2009). Are Australian Oncology Health Professionals Burning Out? A View from the Trenches. *European Journal of Cancer*, 45 (3), 393–399. doi:10.1016/j.ejca.2008.09.029
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. & Strosahl, K. D. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* (1.

Auflage). New York: The Guilford Press.

- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M. et al. (2013). Nurses' Intention to Leave Their Profession: a Cross Sectional Observational Study in 10 European Countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 174–184. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019
- Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 34 (4), 343–350. doi:10.1177/0898010115615981
- Hirsig, R. (1996). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows. Band 1*. Zürich: Seismo.
- Jakel, P., Kenney, J., Ludan, N., Miller, P. S., McNair, N. & Matesic, E. (2016). Effects of the Use of the Provider Resilience Mobile Application in Reducing Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (6), 611–616. doi:10.1188/16.CJON.611-616
- Jarke, J. (2018). Digitalisierung und Gesellschaft. *Soziologische Revue*, 41 (1), 3–20. doi:10.1515/srsr-2018-0002
- Karriere in der Pflege? (2015). *Schweizer Gesundheit*. Zugriff am 2.4.2018. Verfügbar unter: <http://www.schweizer-gesundheit.ch/bildung-beruf/karriere-in-der-pflege>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung, Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Lobsiger, M., Kägi, W. & Burla, L. (2016). *Berufsaustritte von Gesundheitspersonal*. Obsan Bulletin 7/2016. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff am 17.4.2018. Verfügbar unter: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-07_d.pdf

- Masemann, S. & Messer, B. (2010). *100 Tipps für Ihr Pflegeteam* (Pflege leicht). Hannover: Schlütersche.
- McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational Stress in Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (5), 555–565. doi:10.1016/S0020-7489(03)00058-0
- Medland, J., Howard-Ruben, J. & Whitaker, E. (2007). Fostering Psychosocial Wellness in Oncology Nurses: Addressing Burnout and Social Support in the Workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1), 47–54. doi:10.1188/04.ONF.47-54
- Moya del Pino, B. (2012). Emotional Rescue: Addressing Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *National Cancer Institute Bulletin*, 9 (15).
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85–101. doi:10.1080/15298860309032
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T. & Dalton, J. (2011). An Exploration of the Experience of Compassion Fatigue in Clinical Oncology Nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21 (2), 91–105. doi:10.5737/1181912x2129197
- Pfeifer, S. (2012). Stress und Burnout - verstehen und bewältigen. Psychiatrische Klinik Sonnenhalde. Verfügbar unter: www.seminare-ps.net
- Potter, P., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses [Online exclusive]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), E56–E62. doi:10.1188/10.CJON.E56-E62
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L. & Hegney, D. (2015). Understanding Individual Resilience in the Workplace: The International Collaboration of Workforce Resilience Model. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00073
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout,

- and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50 (2), 200–207. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
- Scherrmann, U. (2017). „Burnout“: Begriff – Definition – Terminologie und Diagnose (essentials). *Erste Hilfe bei Burnout in Organisationen* (S. 3–7). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-14511-8_2
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege: das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. Stuttgart: Thieme.
- Schwendimann, R., Widmer, M., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014). *Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich*. Obsan Bulletin 3/2014. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff am 25.7.2017. Verfügbar unter: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2014-03_d.pdf
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R. (2017). An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49 (5), 557–563. doi:10.1111/jnu.12312
- Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Zugriff am 5.4.2018. Verfügbar unter: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf
- Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Edition. Zugriff am 19.3.2018. Verfügbar unter: http://proqol.org/ProQOI_Test_Manuals.html
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. München: Juventa.
- Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E. & Sanchez, F. (2007). Coping Strategies in the Workplace: Relationships with Attributional Atyle and Job Satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 70 (2), 312–325. doi:10.1016/j.jvb.2006.10.006
- Wentzel, D. & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*,
- Meret Siegenthaler & Anja Tschuor

44 (3), 124–124. doi:10.1188/17.ONF.E124-E140

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. & Krumm, S. (2011). Working Through Grief and Loss: Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement [Online exclusive]. *Oncology Nursing Forum*, 38, E272–E282.

Wirth, W., Schramm, H. & Böcking, S. (2006). Emotionen bei der Rezeption von Unterhaltung. *Unterhaltung: Konzepte, Formen, Wirkungen* (S. 221–246). Zürich: Chronos.

World Health Organisation. (2018, April 25). ICD-10 Version:2016. *ICD-10 Version:2016*. Zugriff am 25.4.2018. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G. & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43 (4), E161–E169. doi:10.1188/16.ONF.E161-E169

Yu, H., Jiang, A. & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012

Zajac, L. M., Moran, K. J. & Groh, C. J. (2017). Confronting Compassion Fatigue: Assessment and Intervention in Inpatient Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (4), 446–453. doi:10.1188/17.CJON.446-453

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das ProQOL-Konzept (Stamm, 2010).....	8
Abbildung 2. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls (eigene Darstellung)	10
Abbildung 3. Flussdiagramm der Literaturrecherche (eigene Darstellung).....	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe der Datenbanken	12
Tabelle 2 Einschluss- und Ausschlusskriterien der Studien	14
Tabelle 3 Übersicht Hauptstudien	17

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Begrif
App	Smartphone-Applikation
CF	Compassion Fatigue
CS	Compassion Satisfaction
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
MBI	Meditationsbasierte Intervention
ProQOL	Professional Quality of Life
STS	Secondary Traumatic Stress

Wortzahl

Anzahl Wörter des Abstracts: 174

Anzahl Wörter der Bachelorarbeit: 11 180

(ohne Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie weitere Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung, Glossar und Anhang)

Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Frau Evelyn Rieder für die kompetente, vollumfängliche Begleitung und die Geduld während des gesamten Prozesses der Bachelorarbeit. Wir danken Frau Romina Kratter und Frau Claudia Marolf ganz herzlich für das Korrekturlesen und die wertvollen Feedbacks! Auch unseren Schulkollegen und -kolleginnen danken wir für die Peer-Feedbacks. Nicht zuletzt möchten wir auch unseren Familien und Freunden ganz herzlich danken für ihre Geduld, die aufbauenden Worte und das Verständnis!

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 26.04.2018

Meret Siegenthaler

Anja Tschuor

ProQOL-Fragebogen

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)

COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE

(PROQOL) VERSION 5 (2009)

When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

1=Never	2=Rarely	3=Sometimes	4=Often	5=Very Often
_____	1.	I am happy.		
_____	2.	I am preoccupied with more than one person I [help].		
_____	3.	I get satisfaction from being able to [help] people.		
_____	4.	I feel connected to others.		
_____	5.	I jump or am startled by unexpected sounds.		
_____	6.	I feel invigorated after working with those I [help].		
_____	7.	I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].		
_____	8.	I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].		
_____	9.	I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].		
_____	10.	I feel trapped by my job as a [helper].		
_____	11.	Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.		
_____	12.	I like my work as a [helper].		
_____	13.	I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].		
_____	14.	I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].		
_____	15.	I have beliefs that sustain me.		
_____	16.	I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.		
_____	17.	I am the person I always wanted to be.		
_____	18.	My work makes me feel satisfied.		
_____	19.	I feel worn out because of my work as a [helper].		
_____	20.	I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.		
_____	21.	I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.		
_____	22.	I believe I can make a difference through my work.		
_____	23.	I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].		
_____	24.	I am proud of what I can do to [help].		
_____	25.	As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.		
_____	26.	I feel "bogged down" by the system.		
_____	27.	I have thoughts that I am a "success" as a [helper].		
_____	28.	I can't recall important parts of my work with trauma victims.		
_____	29.	I am a very caring person.		
_____	30.	I am happy that I chose to do this work.		

© B. Hudnall Stamm, 2009-2012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Those interested in using the test should visit www.proqol.org to verify that the copy they are using is the most current version of the test.

YOUR SCORES ON THE PROQOL: PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCREENING

Based on your responses, place your personal scores below. If you have any concerns, you should discuss them with a physical or mental health care professional.

Compassion Satisfaction _____

Compassion satisfaction is about the pleasure you derive from being able to do your work well. For example, you may feel like it is a pleasure to help others through your work. You may feel positively about your colleagues or your ability to contribute to the work setting or even the greater good of society. Higher scores on this scale represent a greater satisfaction related to your ability to be an effective caregiver in your job.

The average score is 50 (SD 10; alpha scale reliability .88). About 25% of people score higher than 57 and about 25% of people score below 43. If you are in the higher range, you probably derive a good deal of professional satisfaction from your position. If your scores are below 40, you may either find problems with your job, or there may be some other reason—for example, you might derive your satisfaction from activities other than your job.

Burnout _____

Most people have an intuitive idea of what burnout is. From the research perspective, burnout is one of the elements of Compassion Fatigue (CF). It is associated with feelings of hopelessness and difficulties in dealing with work or in doing your job effectively. These negative feelings usually have a gradual onset. They can reflect the feeling that your efforts make no difference, or they can be associated with a very high workload or a non-supportive work environment. Higher scores on this scale mean that you are at higher risk for burnout.

The average score on the burnout scale is 50 (SD 10; alpha scale reliability .75). About 25% of people score above 57 and about 25% of people score below 43. If your score is below 43, this probably reflects positive feelings about your ability to be effective in your work. If you score above 57 you may wish to think about what at work makes you feel like you are not effective in your position. Your score may reflect your mood; perhaps you were having a “bad day” or are in need of some time off. If the high score persists or if it is reflective of other worries, it may be a cause for concern.

Secondary Traumatic Stress _____

The second component of Compassion Fatigue (CF) is secondary traumatic stress (STS). It is about your work related, secondary exposure to extremely or traumatically stressful events. Developing problems due to exposure to other's trauma is somewhat rare but does happen to many people who care for those who have experienced extremely or traumatically stressful events. For example, you may repeatedly hear stories about the traumatic things that happen to other people, commonly called Vicarious Traumatization. If your work puts you directly in the path of danger, for example, field work in a war or area of civil violence, this is not secondary exposure; your exposure is primary. However, if you are exposed to others' traumatic events as a result of your work, for example, as a therapist or an emergency worker, this is secondary exposure. The symptoms of STS are usually rapid in onset and associated with a particular event. They may include being afraid, having difficulty sleeping, having images of the upsetting event pop into your mind, or avoiding things that remind you of the event.

The average score on this scale is 50 (SD 10; alpha scale reliability .81). About 25% of people score below 43 and about 25% of people score above 57. If your score is above 57, you may want to take some time to think about what at work may be frightening to you or if there is some other reason for the elevated score. While higher scores do not mean that you do have a problem, they are an indication that you may want to examine how you feel about your work and your work environment. You may wish to discuss this with your supervisor, a colleague, or a health care professional.

WHAT IS MY SCORE AND WHAT DOES IT MEAN?

In this section, you will score your test so you understand the interpretation for you. To find your score on **each section**, total the questions listed on the left and then find your score in the table on the right of the section.

Compassion Satisfaction Scale

Copy your rating on each of these questions on to this table and add them up. When you have added then up you can find your score on the table to the right.

3. ____
6. ____
12. ____
16. ____
18. ____
20. ____
22. ____
24. ____
27. ____
30. ____

Total: ____

The sum of my Compassion Satisfaction questions is	So My Score Equals	And my Compassion Satisfaction level is
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

Burnout Scale

On the burnout scale you will need to take an extra step. Starred items are "reverse scored." If you scored the item 1, write a 5 beside it. The reason we ask you to reverse the scores is because scientifically the measure works better when these questions are asked in a positive way though they can tell us more about their negative form. For example, question 1. "I am happy" tells us more about

- *1. ____ = ____
*4. ____ = ____
8. ____
10. ____
*15. ____ = ____
*17. ____ = ____
19. ____
21. ____
26. ____
*29. ____ = ____

Total: ____

The sum of my Burnout Questions is	So my score equals	And my Burnout level is
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

You Wrote	Change to	the effects of helping when you are <i>not</i> happy so you reverse the score
1	5	
2	4	
3	3	
4	2	
5	1	

Secondary Traumatic Stress Scale

Just like you did on Compassion Satisfaction, copy your rating on each of these questions on to this table and add them up. When you have added then up you can find your score on the table to the right.

2. ____
5. ____
7. ____
9. ____
11. ____
13. ____
14. ____
23. ____
25. ____
28. ____

Total: ____

The sum of my Secondary Trauma questions is	So My Score Equals	And my Secondary Traumatic Stress level is
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

© B. Hudnall Stamm, 2009-2012. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold. Those interested in using the test should visit www.proqol.org to verify that the copy they are using is the most current version of the test.

3

Suchprotokoll

Datenbank	Thesaurus	Suchsyntax /Filter / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
CINAHL via ovid 30.12.2017	CINAHL Headings: - Nurse - Diploma nurse - Physical Sciences - Oncology Care Units - Oncology Nursing Society - Oncology Nursing - Oncology Care - Compassion Fatigue - Intervention	Compassion Fatigue Compassion Fatigue AND Nurse Compassion Fatigue AND Nurse AND Intervention Compassion Fatigue AND Nurse AND Intervention AND Oncology	596 288 68 23 → ohne ambulantes Setting: 22 → (Stationäres

			und ambulates Setting: 20) → Brief: 19 → aktuelle Literatur: 18 → Studien welche nur Depression behandeln: 14
PubMed 30.12.2017	Headings <ul style="list-style-type: none"> - Oncology Nursing - Compassion Fatigue 	compassion fatigue AND nurses AND oncology (compassion fatigue AND nurses AND oncology AND methods) → Filter: published in the last 10 years, English, German, Adult: 19+ years:	55 14 → Studie aus Qatar: 13 → Ambulante

			Setting: 11 → anderes Setting, nicht Onk: 10	
PsycInfo	Intervention (Keyword)	1	nurses/ or nursing/	37584
21.1.18	Thesauruen	2	oncology/	3633
	- Nurses	3	compassion fatigue/	391
	- Nursing	4	health promotion/	22073
	- Oncology	5	prevention/	26964
	- Compassion Fatigue	6	intervention/	54400
	- Health Promotion	7	1 and 2 and 3	11→ 3 relevante Studien, 4 relevante Artikel, 1 Review,
	- Prevention	8	1 and 2 and 3 and 4	0

		9	1 and 2 and 3 and 5	0
		10	1 and 2 and 3 and 6	1 bekannter relevanter Artikel
		11	1 and 3 and 4	0
		12	2 and 3	14, 2 bekannt relevant, 1 bekanntes Review, 1 Interprof Studie, 4 bekannte artikel, 2 neue Studien
		→ Filter: year 2007-2018		
		→ Nur Englisch		
				gesamt nach Titel lesen:
				10

Zusammenfassung der Studie: Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms : a non randomized study (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel: Erforschung der Wirkung einer vor Ort angewendeten Achtsamkeitsbasierten Intervention auf psychologische Auswirkungen bei onkologischen Pflegefachpersonen.</p> <p>Hypothesen: Verglichen, zu einer Kontrollgruppe auf der Warteliste, Teilnehmer der Interventionsgruppe geringere Symptome von BO, CF, Depression, Besorgnis/Angst, Stress, und erhöhte Zufriedenheit mit ihrem Leben haben.</p> <p>Die Intervention wird die Zunahme der Eigenschaften Achtsamkeit und Selbstmitgefühl fördern sowie eine Verringerung von Grübeln und die auf Erfahrung beruhende Vermeidung.</p> <p>Arbeitsbedingter Stress und Burnout wird beschrieben, CF wird erst am Ende der Einleitung erwähnt als Forschungsbedarf beschrieben wird. Achtsamkeitsbasierte Interventionen werden erklärt und mit Literatur belegt. Erwartungen werden transparent gemacht.</p> <p>Forschungsbedarf bei onkPP auf Literatur gestützt und ausführlich begründet. Dass MBI (mindfulness-based Intervention) bereits schon</p>	<p>Design: wird nicht in Studie beschrieben oder begründet. Vorschlag von mit: prä-Post-Interventionsstudie mit selbst auszufüllenden Fragebogen.</p> <p>Stichprobe: 94 PP in direktem Patientenkontakt (unklar ob nur stationär oder auch ambulant) mit onkologischen Erkrankungen. Rekrutiert in 2 grossen onkologischen Spitälern in Nord- und Zentralportugal, Zw. 2013-2015, Ausbildungsoffice des jeweiligen Spitals machte Werbung übers Intranet, waren zuständig für die Info über Einschreibung in IG/Waitlist, Verteilen und Einsammeln der Fragebogen (PP mussten post-Intervention-Fragebogen selbst in das Ausbildungsoffice zurückbringen). Rekrutierung wurde als erfolgreich angesehen, da alle MBI-Klassenplätze besetzt wurden.</p> <p>1PP stieg aus vor Interventionsbeginn 2 weitere PP sind ausgeschieden (weniger als 50% Anwesenheit bei Intervention) TN konnten sich selbst der IG oder KG zuteilen, je nachdem ob es ihnen jetzt besser ging an die Intervention zu gehen oder erst zu einem späteren Zeitpunkt (Autoren begründen, dass aufgrund der Schichtarbeit die TN nicht randomisiert zugeteilt werden konnten) (alle bis auf 9TN der KG, nahmen nach ende der Studie an der Intervention noch teil, unbewertet) Interventionsgruppe (IG): 45PP Kontrollgruppe, als Warteliste (KG): 48</p> <p>Initiale Stichprobe bestand aus: 82 Frauen (90.1%) 9 Männer (9.9%) 41 Jahre Durchschnittsalter (zw. 25-56J) 61.67% verheiratet oder zusammenlebend 20.7% single 13% geschieden</p>	<p>Endgültiges Sample: IG: 29PP (26 Frauen, 3 Männer) <i>mean age of 38.90 (SD = 8.34), ranging from 25 to 54 years. The majority of the sample was married or cohabiting (n = 24, 75.9%), 5 were single (17.2%), and 2 were divorced (6.9%). The mean years in practice was 15.92 (SD = 7.84), and the mean of years in the current position was 10.29 (SD = 7.00). The majority of nurses worked 40 or 35 h per week (48.3%)</i> KG: 19 PP (19 Frauen, 3 Männer) <i>mean age of 42.11 (SD = 8.43), ranging from 30 to 55 years. The majority of the sample was married or cohabiting (n = 12, 63.2%), 5 were single (26.3%), and 2 were divorced (10.5%). The mean years in practice was 19.74 (SD = 9.28), and the mean of years in the current position was 10.74 (SD = 5.93). The majority of nurses worked 40 h per week (78.9%)</i></p> <p>Auf Nachfrage äusserten 10TN (7 IG, 3 KG) bereits Erfahrungen mit Meditation gemacht zu haben, jedoch aktuell nicht täglich zu meditieren.</p> <p>Chi-Quadrat zeigte auf, dass KEINE signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern der beiden Gruppen bestand in Bezug auf Geschlecht und Zivilstatus, alter, Ausbildungsjahre, Arbeitserfahrung und Arbeit an der aktuellen Arbeitsstelle oder auch bisherigen Erfahrungen mit Meditation.</p> <p>Unabhängige t-tests ergaben, dass die KG zu beginn eine signifikant höheres Level an Observieren (FFMQ) $P = 0.03$ hat.</p> <p>Unterscheidung in Outcome Measures (CS, BO, CF,</p>	<p>Kurze Zusammenfassung des Ziels der Studie, Rekrutierung und Intervention, Hypothese.</p> <p>Zu Kenntnis von Autoren ist dies die erste Studie, die den Einfluss von MBI auf Symptome von CF belegt. Neue Hypothese: Eine Möglichkeit durch welche Achtsamkeitstraining CF reduzieren könnte, kann sein, dass PP dadurch Emotionsregulationsfähigkeiten entwickeln.</p> <p>Resultate zu Verminderung von BO und Stress, sowie grössere Lebenszufriedenheit, werden von bisherigen Studien zu Healthcare professionals bestätigt. Es wird ein Beispiel erwähnt.</p> <p>Resultate dieser Studie seien in Übereinstimmung mit einer Meta-Analyse über MBSR-Studien mit gesunden Individuen.</p> <p>Ihre Ergebnisse zu verringerter erfahrungsbedingter Vermeidung und erhöhtem Selbst-Mitgefühl und Achtsamkeit, werden von bisherigen Studien bestätigt, die herausgefunden haben, dass die Teilnahme an einer MBI zu erhöhter Achtsamkeit und Selbst-Mitgefühl führen kann. Den Autoren ist bisher keine Studie bekannt, die mit erfahrungsbedingtem</p>

<p>erforscht wurde, auch im Gesundheitswesen, jedoch nicht genügend speziell bei PP auf der onkologie, obwohl sie sehr gefährdet sind für arbeitsbedingten Stress/BO/CF.</p>	<p>17.9 Jahre durchschn. Praxiserfahrung im Beruf 10.67 Jahre durchschn. am aktuellen Arbeitsplatz 68.5% der TN arbeiten 40h/woche</p> <p>Datenerhebung: Nur von 52% (48 von 93 Teilnehmern) konnten vollständige Daten erfasst werden (IG: 29, KG: 19). Grund: post-interventionsfragebogen wurden nicht ausgefüllt. Nur 6 PP füllten den Fragebogen nach 3mt nach der Intervention aus. → wurde nicht analysiert.</p> <p>Messverfahren (abhängige Variable): Ausfüllen von 7 Fragebogen: - direkt vor der Intervention (IG + KG) - direkt nach Ende der Intervention (IG + KG) - 3mt nach Ende der Intervention (nur IG) Alle TN füllten nach der Intervention einen Fragebogen aus, welcher die Durchführung zuhause und Akzeptanz für das Programm erfassen sollte. Fragebogen: (Cronbachs-alpha bei allen berechnet) <i>ProQOL-5</i> (portugiesische Übersetzung) (Einschätzung von CS, BO, STS), ausser Cronbachsalpha wurden keine hinweise auf Validität und Reliabilität des Messinstruments gemacht. <i>DASS-21</i> (<i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i>, 1995) aussage über die letzten zwei Wochen 3 Subskalen mit je 14 Items, Einteilung der Häufigkeit zwischen 0-3. Validität und Reliabilität sind etabliert (Lovibond und Lovibon, 1995, Pais-Ribeiro et al. 2004) <i>AAQ-II</i> (<i>Acceptance and Action Questionnaire-II</i>) (Bond et al., 2011) 7 Item-Fragebogen nach Psychologischer Inflexibilität/erfahrungsbedingter Vermeidung, Häufigkeit wird angegeben von 1-7. Portugiesische Version zeugt gute interne Konsistenz und gute konvergente und diskriminante Validität (Pinto-Gouveia et al., 2012) <i>RRS</i> (<i>Ruminative Responses Scale-Short</i>, Teynor et al., 2003) 10 Items (von den ursprünglichen 22) Reflektionsfaktor (Reflektierendes Nachdenken um die negative Stimmung zu mildern) Grübeleien-Faktor (besorgtes Nachdenken über Probleme oder Schwierigkeiten), keine erwähnung von Validität/Reliabilität <i>FFMQ</i> (<i>Five Facets of Mindfulness Questionnaire</i>) 39 Items, bewertet nach Häufigkeit von 1-5. Faktoren: beobachten, beschreiben, aufmerksames Handeln, nichturteilen</p>	<p>Depression, Besorgnis/Angst, Stress, Lebenszufriedenheit) und psychologische Mechanismen (Erfahrungsbasiertes Vermeiden, reflektiertes Nachdenken, besorgtes Nachdenken, beobachten, beschreiben, aufmerksames Handeln, nichturteilen über innere Erfahrungen, nichtreagieren zu inneren Erfahrungen, Selbstbezogene-Freundlichkeit, Selbstverurteilung, Verbindende, Humanität, Isolation, Achtsamkeit, Überidentifizierung)</p> <p>Effekte der Intervention, Unterschiede zwischen IG/KG Diverse wiederholte Anova's wurden durchgeführt um Veränderungen über die Zeit zwischen den Intervention und Kontrollbedingungen bei den Outcome/Measures und psychologischen Mechanismen zu untersuchen. Tabelle 1 Outcome Measures: (mittels simplem Haupteffekttest nach Sidak Correction) signifikante Interaktion zwischen der Zeit und Zustand nur für CF bei der IG ($F = 18.60$, $p < 0.001$, partielles EtaSquare = 0.29) und nicht bei der KG ($F = 0.50$, $p = 0.483$, partielle EtaSquare = 0.01). Psychologische Mechanismen: (mittels simplem Haupeffekttest nach Sidak Correction) Signifikante Zeit und Zustandinteraktionseffekte für Erfahrungsbasiertes Vermeiden (Verbindende, Humanität, Isolation und Gesamtpunktzahl) Selbstmitgefühl (beobachten und nichturteilen) und Achtsamkeit. Senkung von Erfahrungsbasiertem Vermeiden ($F = 13.15$, $p = 0.001$, partial etaquadrat = 0.22), Steigerung der Achtsamkeit ($F = 5.26$, $p = 0.026$, partial etaquadrat = 0.10), Self-Compassion-Score Gesamtpunktzahl ($F = 5.79$, $p = 0.020$, partial etaquadrat = 0.11), beobachten ($F = 7.53$, $p = 0.009$, partial etaquadrat = 0.14), und nichturteilen ($F = 5.45$, $p = 0.024$, partial etaquadrat = 0.10) in der Interventionsgruppe. Keine signifikanten Unterschiede zwischen prä und posttestresultaten wurde in der KG gefunden. Obwohl keine signifikanten Interaktionen bei den</p>	<p>Vermeiden und MBI bei Health professionals zu tun hatte und nur eine kontrollierte Studie, die untersucht hat ob MBI-Teilnahme mit verminderter erfahrungsbedingter Vermeidung einen Einfluss hat.</p> <p>Autoren sagen, die Aussagen dieser Studie zur Übungshäufigkeit und den Outcomes muss mit Vorsicht genossen werden, da der Fokus dieser Studie nicht darauf lag. Zudem haben sie unvalidierte Messmethoden gewählt und es im nachhinein unsystematisch analysiert.</p> <p>Die Resultate der Studie weisen darauf hin, dass Achtsamkeitstraining die Lebensqualität von onkologiePP verbessern kann, was die grosse Menge an empirischer Forschung über die positive Wirkung von MBIs unterstützt.</p> <p>möglich</p> <p>Stärken der Studie: Die Studie untersucht ein noch wenig erforschtes Gebiet (MBI spezifisch bei onkPP, es gibt einige die Health professionals untersuchen, aber wenige spezifisch auf PP und onk.) Studie untersucht den Einsatz eines verkürzten MBI und kann somit einfacher in den Alltag der PP integriert werden, in dieser Studie konnte die Intervention während der Arbeitszeit durchgeführt werden, da die Ausbildungsbüros mit involviert waren. Vielleicht hat dies die niedrigen Dropout-Quote begünstigt. Jegliche weiteren Gründe könnten die niedrige Dropout-Quote begünstigt haben.</p>
--	--	--	---

	<p>über innere Erfahrungen, nichtreagieren zu inneren Erfahrungen keine Erwähnung von Validität/Reliabilität ausser Cronbachs. Dieses Instrument wird kritisiert wegen mangelnder Konstruktvalidität (Visted et al (2015)) SCS (Self-Compassion Scale, Neff, 2003) Häufigkeitseinschätzung von 1-5 Selbstbezogene-Freundlichkeit, Selbstverurteilung, Verbindende, Humanität, Isolation, Achtsamkeit, Überidentifizierung Adäquates konstrukt und konvergente Validität, sowie interne Konsistenz wird erwähnt. SWL (Satisfaction with Life Scale, Diener et al., 1985) 5 Items, zum messen von global kognitivem Urteilen von der eigenen Lebenszufriedenheit. Einschätzung von 7-1, Laut Larajaira (2009) zeigt das Instrument gute psychometrische Eigenschaften.</p> <p>Intervention (unabhängige Variable): 6 wöchige achtsamkeitsbasierte Gruppenintervention: 6x 2stündige Veranstaltung während der Arbeitszeit (1x pro Woche) (Theorie und praktische Übungen) → siehe Tabelle letzte Seite. Die ersten vier Wochen wurden die TN in Achtsamkeit bei der Atmung, Körper, (schwierigen) emotionen und Gedanken. Die letzten beiden Wochen wurde auf die „Loving Kindness“-Meditation und zwischenmenschliche Beziehungen fokussiert. Die TN erhielten eine CD mit geführten Meditationsübungen, welche sie angewiesen wurden, 15minuten pro tag durchzuführen. Die TN erhielten ein Handbuch, welches die Kernaspekte der jeweiligen Veranstaltung zusammenfasste, Hausaufgaben erklärt, und eine tägliche Einspielung der durchzuführenden Übung, pro Woche. Die Veranstaltungen wurden von einem der Autoren durchgeführt (klinischer Psychologe, erfahren mit Mindfulness-based Stress Reduction)</p> <p>Datenanalyse: A priori Poweranalyse mit G*Power 3.1 zeigte bei einem Sample von 24TN insgesamt 80% Power ergeben, um signifikante Wechselwirkungen der Bedingung und Zeit, mit einer mittleren Effektgrösse ($f = 0.25$) und einem zweiseitigen $\alpha = 0.05$. Korrigierend für multiple Ergebnisse, wurde ein tieferer α-Wert (0.002 gebrauch der Bonferroni-Korrektur) mit der gleichen Power und Effektgrösse, erfordert gesamthaft 44TN. Aufgrund potentiellerm ?Attrition? (Abgang??) , wurde ein grösseres Sample</p>	<p>restlichen Variablen gefunden wurden, konnten signifikante Unterschiede in der Interventionsgruppe gefunden werden (signifikante Senkung vom BO ($F = 10.65$, $p = 0.002$, part. Etaquadrat = 0.19) Stress ($F = 7.73$, $p = 0.008$, part. Etaquadrat = 0.14) und überidentifikation ($F = 4.79$, $p = 0.034$, part. Etaquadrat = 0.09. signifikante Steigerung der Achtsamkeit ($F = 5.26$, $p = 0.026$, part. Etaquadrat = 0.10) nichtreagieren ($F = 4.40$, $p = 0.041$, part. Etaquadrat = 0.09) und Lebenszufriedenheit ($F = 5.33$, $p = 0.026$, part. Etaquadrat = 0.11)) jedoch nicht in der Kontrollgruppe.</p> <p>Postinterventionsunterschieden kontrollierend für den Pretest: Als zusätzlichen Test des Interventionseffekts, wurde eine Serie an follow-up NCOVAs durchgeführt, um zu untersuchen ob die post-test-Mittelwerte, angepasst für die pre-test-Werte, sich zwischen der interventions und Kontrollgruppe unterscheiden. Die Analyse zeigte, dass TN der IG, signifikant tiefere CF-Werte und erfahrungsbedingtes Vermeiden, sowie signifikant höhere Observieren und nichturteilen-Werte aufzeigten, mit mittleren und grossen Effektgrössen.</p> <p>Unterschiede zwischen Häufigkeit der Übungen: Um den Effekt der Häufigkeit der Durchführung zu erforschen, wurden wiederholte ANOVAs durchgeführt. Zeit (prä und post) = within-subjekt Faktor Übung (tief und hoch) = between subjects factor, Skala von 1-7 2 Gruppen wurden erstellt, basierend auf der Trennstelle für zwei gleiche Gruppen im aktuellen Sample diese Analyse zeigte signifikante Interaktionen zwischen Zeit und Übung (BO, Depression, Isolation, Überidentifikation, SCS Gesamtpunktzahl). Grosse Effektgrösse. Simple main Effektstests nach Sidak-Korrektur zeigten, dass der Wechsel dieser Variable von Pretest zu Posttest signifikant war für die TN, die mehr übten, aber nicht für die, die</p>	<p>(enge Zusammenarbeit der Forscher mit den Ausbildungsbüros, diese Büros sind ohnehin für die Aust und Weiterbildung der PP zuständig und konnten die Intervention so als „Weiterbildung“ bewerben und während der Arbeitszeit durchgeführt werden, die TN erhielten eine Teilnehmerscheinigung wenn sie mind 50% der Schulungen besuchten, weil das Sample nicht randomisiert war, könnte auch das einen Einfluss auf die hohe Anwesenheit gehabt haben. Das Vorhandensein einer Kontrollgruppe steigert zudem die Glaubwürdigkeit der Resultate.)</p> <p>Limitationen Kleines Sample Size Überzahl an Frauen, es konnten die Geschlechter nicht miteinander verglichen werden, da zu wenige Männer. Keine Randomisierung in die Gruppen, da sie die TN selbst eintragen konnten, in welche Gruppe sie wollten, das könnte die Ergebnisse beeinflusst haben. Weil so wenige TN den Fragebogen nach 3mt ausgefüllt haben, konnte darüber keine Aussagen gemacht werden, dies könnte aufgrund der vielen und ausführlichen Fragebogen sein, was viel Zeit in anspruch nimmt. Die Resultate dieser Studie gelten nur für das untersuchte Sample, es kann nicht auf alle onkPP übertragen werden, dazu wären mehrere Studien in unterschiedlichen Settings nötig um die aktuellen Ergebnisse zu bestätigen. Eine natürliche Limitation aufgrund der Methodologie sind die</p>
--	---	--	--

	<p>rekrutiert.</p> <p>Die Ausgangswerte zwischen IG und KG wurden untersucht bei allen Messinstrumenten und Demografien. Geschlechterunterschiede wurden nicht überprüft, da der Männeranteil deutlich kleiner war als der der Frauen.</p> <p>2x2 ANOVA um die Interaktionen zu interpretieren, wurden simple Haupteffekte mit Sidak-Correction errechnet (schauen ob die Menge der Meditationsübung einen Effekt auf die Veränderung der Abhängigen Messwerte hat). Zusätzlich wurden einige Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Zudem wurden eine Serie an ANCOVAs berechnet um, die Unterschiede zwischen der IG und KG beim post-interventions-Fragebogen zu berechnen, während die Ausgangsdaten von demselben kontrolliert wurden. <i>Although some studies used the FFMQ total score in the past, there is not sufficient evidence for its validity, particularly due to how the Observing facet operates in different samples (e.g., meditators and non-meditator; Baer et al., 2006). Also, using the facets of mindfulness is likely to improve our understanding of the specific skills that are cultivated through the practice of mindfulness and how these are related to psychological adjustment. Lastly, we examined descriptive statistics relating to nurses' feedback regarding the intervention to gauge its acceptability among those in the intervention group.</i> Laut Autoren gab es keine fehlenden Daten, die Fallzahlen waren ähnlich in allen Analysen. Eine evaluation von Schiefe und Wölbung wurde durchgeführt, um die Annahme der Normalität zu beurteilen.</p> <p>Effektgrößen für die ANOVAs wurden mittels dem partiellen eta Quadrat berechnet. (0.01= kleine Effektgrösse, 0.06 mittlere Effektgrösse und 0.14= grosse Effektgrösse) beim gepaarten Stichproben t-test wurde die Effektstärke mittels dem Cohen's d berechnet (0.2=kleiner Effekt, 0.5 mittlerer Effekt und 0.8 grosser Effekt) Alpha level wurde für alle analysen bei 0.05 angesetzt. Software die benutzt wurde: IBM SPSS (v. 20)</p> <p>Ethik:</p>	<p>weniger üben.</p> <p>Deskriptive Statistik von Feedback der TN Als PP gefragt wurden, ob sie etwas wichtiges für ihr Leben von der Intervention gelernt hatten, 98% antworteten mit Ja. 72.5% sagten, sie haben eine Lifestyleveränderung gemacht aufgrund der Intervention. 70.6% sagten, dass sie die Art und Weise wie sie stressige Situationen wahrnehmen und damit umgehen verändert haben und 80.4% denken, dass die Beziehung mit ihren Gedanken und Emotionen sich verbessert habe. Antworten bei Nachfrage nach Wichtigkeit der Intervention auf Skala von 0-10: 7: 33.3%-->n=17 8: 17.6%-->n=9 5: 17.6%-->n=9 6: 13.7%--> n=7 9: 5.9%--> n=3 10:5.9%--> n=3 2: 3.9%--> n=2 4: 2.0%--> n=1</p>	<p>Selbstbeurteilungsfragebogen Es war ein nicht-klinisches sample, was einige nicht signifikante Resultate erklären könnte.</p> <p>Sie machen Empfehlungen, was in folgenden Studien könnte beachtet werden, was sie nicht beachtet haben. Sie schreiben auf, auf was sich nachfolgende Forschung fokussieren könnte, was spannende Aspekte wären. Auch dass es spannend wäre, die Effektivität der MBIs mit der unterliegenden Mechanismen zu erforschen.</p> <p>Conclusion: Autoren nehmen Bezug darauf, dass Krebsraten laut WHO um 50% steigen könnten im Jahr 2020, dass onkPP, daher sehr gefragt sein werden und gemäss verschiedenen Studien PP-Mangel erheblich zu Stress, Arbeitsunzufriedenheit und Absicht den Job zu verlassen beiträgt. Die Resultate dieser Studie legen vorläufige Hinweise für die Wirkung von MBIs für die Senkung von BO, CF und Stresslevel sowie ein verbessertes Allgemeinwohlfinden von onk PP dar.</p> <p>Laut Autoren bestand kein Interessenkonflikt</p> <p>Autoren erwähnen die verschiedenen Quellen die zur Finanzierung der Studie beigetragen haben (1. Autor sein „grant“-übersetzt als „Stipendium/Förderung/ Zuschuss“, Foundation for Science and Technology Portugal und European</p>
--	---	--	--

	<p>Alle Verfahren der Studie fanden in Übereinstimmung mit der Helsinki-Deklaration von 1975 statt. Sie Studie wurde vom Ethikkomitee und dem Verwaltungsrat beider Spitäler bewilligt.</p> <p>Writen informed Consent wurde eingeholt. TN erhielten keine finanzielle Entschädigung für Teilnahme an der Studie, sie erhielten jedoch eine Teilnahmebestätigung.</p>		Social Fund Belgien durch das Portugiesische Human Potential operational Programm).
--	---	--	---

Würdigung der Studie: Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms : a non randomized study (Duarte & Pinto-Gouveia, 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studie beantwortet einen Teil unserer BA-Fragestellung.</p> <p>Keine ersichtliche Forschungsfrage, Ziel ist knapp Formuliert, jedoch zwei sinnvolle Hypothesen.</p> <p>Das Thema/Problem wird mit empirischer Literatur eingeführt und begründet, Forschungsbedarf wird klar aufgezeigt, auch was bisher schon gemacht wurde.</p>	<p>Design: Design scheint sinnvoll gewählt, passend zu der gewünschten Intervention und Durchführung</p> <p>Die <i>interne</i> Validität ist teilweise gegeben, da die meisten angewendeten Fragebogen als valide und reliabel gelten, jedoch nicht alle, deshalb haben einige Resultate weniger Wert, als diese mit bewährten Fragebogen.</p> <p>Die externe Validität ist teilweise gegeben, da es sich um ein nichtrandomisiertes Sample handelt und die TN sich selbst in die Gruppen einteilen konnten. Jedoch ist die Intervention in der Praxis gut Realisierbar und könnte vermutlich in anderen Settings ähnliche Ergebnisse erzielen.</p> <p>Stichprobe: Rekrutierung: Da die Spitäler die Werbung, Verteilung und Einsammlung der Fragebogen machten, ist unklar ob beide Spitäler dies genau gleich gemacht haben oder Unterschiede bestanden. Die Stichprobe wurde nicht randomisiert, convenience Sample. Für die Studiendurchführung in diesem Ausmass jedoch realistisch. Es wird nicht erwähnt ob die Stichprobe die beiden Spitäler repräsentiert. Die Ergebnisse können nur mit Vorsicht auf andere ähnliche Stichproben übertragen werden, es müssten noch weiterfolgende Studien ähnliche Ergebnisse erzielen um dies tun zu können.</p> <p>Poweranalyse wurde durchgeführt, erforderliche Anzahl in IG wurde um 3 ergänzt. Drop-outs beeinflussen Ergebnisse nicht. Drop-outs werden angegeben und begründet.</p> <p>Post-intervention Fragebogen wurden nur von 52% zurückgeschickt. 29 zu 19 TN in IG bzw KG. Weshalb?</p>	<p>Ergebnisse sind in tabellarischer Form aufgezeigt, zudem wurden die Kernresultate im Fliesstext zusammengefasst, dort wurde der Fokus vor allem auf die signifikanten Ergebnisse gelegt.</p> <p>Tabelle1 wird im Text erwähnt und ist sinnvoll gegliedert und beschrieben, ergänzend zum Text.</p> <p>Abbildung 2 und 3 werden im Text erwähnt, sie hätten noch ein wenig ausführlicher beschrieben sein dürfen, Ergänzend zum Text, es wäre spannend gewesen noch andere Fragebogen in Diagrammform zu sehen, nicht nur 2.</p>	<p>Hypothese in Diskussion noch ein wenig ausgeschmückt (mit Verbesserung CS, Achtsamkeit, Selbs-Mitgefühl).</p> <p>Resultate werden diskutiert und interpretiert, Interpretation scheint mit Daten übereinzustimmen.</p> <p>Resultate werden ausführlich in Bezug auf andere Studien diskutiert und verglichen, auch auf die eigenen Hypothesen. Für gewisse Punkte werden alternative Erklärungen gesucht.</p> <p>Es wird gesagt, dass eine hohe Akzeptanz der Intervention besteht bei den TN aufgrund der guten Rückmeldungen die sie erhalten haben, es wird nicht erwähnt wie genau sie diese Rückmeldungen erhielten (da nicht im Methodenteil beschrieben).</p> <p>Stärken und Schwächen der Studie werden transparent gemacht und erklärt.</p> <p>Um die Studie zu reproduzieren, wären noch einige genaue Infos zu der Intervention nötig,</p>

	<p>Datenerhebung: Die Datenerhebungsmittel wurden Sinnvoll gewählt. Die Datenerhebungsmethoden sind bei allen TN gleich erfolgt. Nur von 52% (48 von 93Teilnehmern) konnten vollständige Daten erfasst werden. Da dies laut Poweranalyse jedoch reicht, konnten die Analysen durchgeführt werden.</p> <p>Messverfahren: <i>ProQOL-5, Validität und Reliabilität sind dokumentiert (Stamm 2010) die portugiesische Version zeigt gute psychometrische Eigenschaften (Stamm 2001, Varvalho 2011)</i> <i>Depression Anxiety Stress Scale-21, Validität und Reliabilität dieses Fragebogen wurde mit verschiedenen Samples etabliert (Lovibond & Lovibond 1995, PPais-Riberio et al. 2004).</i> <i>Acceptance and Action Questionnaire-II, gute interne Konsistenz und gute konvergente und diskriminante Validität (Pinto-Gouveia et al., 2012)</i> <i>Ruminative Responses Scale-Short, KEINE HINWEISE AUF VALIDITÄT</i> <i>Five Facets of Mindfulness Questionnaire, gute Psychometrische Eigenschaften (Gregório and Pinto-Gouveia, 2011), Achtsamkeit zeigt wenig Konstruktvalidität (Visted et al., 2015).</i> <i>Self-Compassion Scale, Adäquate Konstrukt- und Konvergenzvalidität (Neff, 2003), sowie interne Konsistenz (in der portugiesischen Version) (Castilho et al., 2015) wird erwähnt.</i> <i>Satisfaction with Life Scale, gute psychometrische Eigenschaften (Laranjeira, 2009)</i></p> <p>Auswahl der Messinstrumente wird nicht spezifisch begründet, jedoch wird zu Beginn erwähnt, was alles erforscht werden möchte→ verschiedene Fragebogen nötig.</p> <p>Mögliche Verzerrung/Falschresultate durch das FFMQ werden kurz erwähnt.</p> <p>Cronbachs-alfa wurden berechnet für die jeweiligen Fragebogen</p> <p>Intervention: Es wird gut beschrieben welche Themen wann unterrichtet werden, jedoch ist der genaue Inhalt nicht ganz klar. Es könnte ohne weitere Informationen nicht die genau gleiche Intervention durchgeführt werden.</p> <p>Datenanalyse: Obwohl die erfassten Daten streng genommen ordinalskaliert wären, ist es manchmal üblich, sie in gewissen Situationen als intervallskaliert anzusehen um</p>	<p>In Resultaten wird das erste Mal erwähnt, dass Feedback von den TN geholt wurde bzgl Akzeptabilität der Intervention, wird nicht beschrieben wie genau das gemacht wurde.</p>	<p>der genaue Inhalt von dieser und den CDs wurde nicht suffizient erklärt, Das Vorgehen wurde jedoch gut beschrieben und auch grob welche Inhalte.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie sind NICHT direkt umsetzbar, da es sich um ein convenience sample handelt somit nicht generalisiert werden kann. Es handelt sich zudem um die erste Studie die so spezifisch mit MBIs bei onkPP forscht und benötigt deshalb noch Studien, die in anderen Samples durchgeführt werden und diese Resultate unterstützen.</p>
--	---	--	---

	<p>Varianzanalysen durchführen zu können. Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben und üblicherweise auch begründet Die Schiefe und Wölbung wurde evaluiert, um eine Normalverteilung zu bestätigen. (Bei den Berechnungen wurde in Betracht gezogen, dass verschiedene Ausgangswerte am Anfang bestanden.--> NOCH NACHFRAGEN OB ICH DAS SO RICHTIG VERSTANDEN HABE)</p> <p>Die verschiedenen Tests (Chi-quadrat, T-test und ANOVA, ANCOVA) entsprachen den Datenniveaus.</p> <p>Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung, ausser die Resultate zu mit den Fragebogen die nicht valide oder reliabel sind (z.B. MMFQ)</p> <p>Die signifikanzniveaus wurden jeweils mit den adäquaten Mitteln berechnet.</p> <p>Ethik: Von den Autoren wird gesagt, dass kein Interessenkonflikt bei der Durchführung der Studie bestand. Es bestehen keine Hinweise darauf, dass die Forschenden und Teilnehmer sich kannten oder irgendwie in Kontakt gekommen wären während der Studiendurchführung. Die Finanzierung der Studie wird Transparent gemacht.</p>		
--	--	--	--

Güte:

Objektivität: Die Objektivität der gesamten Studie ist in Ordnung. Die Forscher klärten Limitationen und gaben an dass nicht alle Resultate gleich zu bewerten sind. Ansonsten Setzten sie teilsbewährte Messinstrumente und Analyseverfahren ein.

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Einige Messinstrumente haben sind jedoch nicht Bewährt und deshalb können einige Resultate nicht so stark gewertet werden, wie die andern. Die Forschungsarbeit kann gut nachvollzogen werden und ist sinnvoll. Bei der Intervention fehlen einige genaue Infos (genau welcher Inhalt vermittelt wurde, was war genau auf CD), es wurde jedoch grundsätzlich gut beschrieben, wie vorgegangen wurde und es ist nachvollziehbar.

Validität, Gültigkeit:

Die Studie scheint valide, da das Design passend gewählt wurde und das gemessen wurde, was sie vorhatten zu messen. Dropout-Quote von 48%

Die **Evidenzlage** der Studie befindet sich nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009) in der untersten Stufe der Pyramide, da es sich um einen Artikel handelt, der in einer normalen Zeitschrift publiziert wurde.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6
Theme	Introducing mindfulness	Mindfulness of the body	Dealing with (difficult) emotions	The content of the mind	Compassion and loving-kindness	Mindful communication Keeping the practice alive
Exercises	Raisin exercise Sitting meditation with focus on the breath	Body scan meditation	Sitting meditation with awareness of breath and emotions 3-minute breathing space	Sitting meditation with awareness of breath and thoughts	Loving-kindness mediation focused on the self and others	Mindful communication exercises How to take better care of myself Letter to future me
Homework	Sitting meditation with focus on the breath Routine activity Eat one meal mindfully	Body scan or walking meditation Sitting meditation with awareness of breath and sensations New routine activity Pleasure events diary	Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space Negative events diary	Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space	Loving-kindness mediation Body scan or sitting meditation 3-minute breathing space	Continuing formal and informal mindfulness practice

Fig. 1. Overview of the Mindfulness-Based Intervention.

Zusammenfassung der Studie: The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion Fatigue Symptoms (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel: erforschen und klären des Zusammenhangs zw. verschiedenen dispositionellen Faktoren (Empathie, Selbst-Mitgefühl und psychologische Inflexibilität) und CF/BO/CS bei Onkologiepflegenden.</p> <p>Keine Fragestellung ersichtlich.</p> <p>Hypothesen werden erst in Methodenteil erwähnt: Empathie und Selbst-Mitgefühl positiv CS vorhersagt und negativ BO und CF. Persönlicher Stress und psychologische Inflexibilität sagen negativ CS voraus und positiv BO und CF.</p> <p>Zusammenhang zwischen Burnout und Onkologiepflege wird gemacht, Burnout wird definiert, unterschied zu CF wird erklärt, CF wird Definiert, Zusammenhant CF und onkPflege wird kurz erklärt, Hinweis und Definition CS.</p> <p>Mangel an Studien über Zusammenhang von psychologischen dispositionen und BO/CF</p>	<p>Design: Querschnitts-Design</p> <p>Teil eines grösseren Projekts (erforschung der Rolle von psychologischen Faktoren auf die professionelle Lebensqualität)</p> <p>Stichprobe: Sample Size laut Autoren genügend (rule of thumb: 15 Cases of Data per predictor (Field, 2009))</p> <p>Convenience Sample Rekrutierung: Forscher nahmen Kontakt mit den Abteilungsleitungen auf und erklärten die Studienziele und die Wichtigkeit der Teilnahme, sie wurden beauftragt, die Studie zu bewerben unter ihren Mitarbeitern und ihnen die Fragebögen zu verteilen und wieder einzusammeln.</p> <p>5 Spitäler von Nord- und Zentralportugal (2 Onkologiespitäler, 3 allgemeine Spitäler mit Onkologie/Palliativecare Abteilungen) die TN hatten 2 Monate Zeit, die Fragebögen auszufüllen und sie wieder den Stationsleitungen zurückzugeben. 221 PP nahmen teil.</p> <p>Datenerhebung: PP füllten Serie an Fragebogen s/s aus und retournierten es an die Stationsleitung, welche es an die Forscher weiter gab.</p> <p>Messverfahren: 4 Fragebogen, Es wurde jeweils die Portugiesische Version gebraucht. ProQOL-5 (CS, BO, STS/CF) Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1983) - Perspective Taking (7 items) - empathic Concern (7 items) - personal Distress (7 items) - (fantasy) wurde in dieser Studie weggelassen wegen irrelevanz Die TN gaben auf einer Likert Skala von 0-4 an, wie gut eine aussage sie beschreibt. Keine angaben über Validität/Reliabilität</p>	<p>Demographisches Profil und prof. Hintergrund: 221 PP Durchschnittsalter: 39.06 J. (zw 24 und 58 J.) Frauen: 91.2 % (n = 196) verheiratet: 47.9% (n = 103) Durchschnittliche Schul-/Ausbildungszeit: 15.37 J. Durchschnittliche Arbeitserfahrung: 16.25 J.</p> <p>Deskriptive Statistik der Variablen: Durchschnittswerte im Vergleich zu anderen Studien für Empathie, Selbst-Mitgefühl, psych. Inflexibilität. Normalverteilung oder red normalverteilung. ProQOL: tiefe, mittlere und hohe Werte wurden erfasst, 25% der TN zeigten hohe BO/CF-Werte und tiefe CS.</p> <p>Effekt von Geschlecht und Arbeitserfahrung (in Jahren) auf ProQPL Keine signifikanten Unterschiede zw. Männern und Frauen Alter wurde signifikant mit CS ($r=0.19$, $p<0.05$) und BO ($r=-0.14$, $p<0.05$) in Verbindung gebracht. Jüngere PP zeigten tiefere CS-Level als ältere. (Arbeitserfahrung korreliert signifikant mit CS ($r=0.17$, $p<0.05$) und BO ($r=-0.14$, $p<0.05$))→ nach kontrollieren des Effekt des Alters, nicht signifikant→ Arbeitserfahrung alleine beeinflusst die variable nicht Jahre an aktueller Stelle korreliert signifikant mit BO ($r=0.19$, $p<0.05$) und CF ($r=0.14$, $p<0.05$), auch wenn Altersvariable kotrolliert wurde. Wenn in zwei gruppen (über und unter Median) aufgeteilt, konnten keine signifikanten unterschiede zwischen den TN mit mehr oder weniger Jahren an der aktuellen Stelle aufgezeigt werden beim ProQOL.</p> <p>Effekt von psychologischen Variablen auf ProQOL Correlationsanalyse: - CS positiv mit kognitiver und affektiver Empathie und Selbs-Mitgefühl assoziiert, negativ mit psych.</p>	<p>Kurze Zusammenfassung, was Studienziel war.</p> <p>Kurze Wiederholung von Ergebnissen bzgl, Geschlecht, vergleich mit diversen widersprüchlichen Studien.</p> <p>Arbeitserfahrung hat keinen Einfluss aufgezeigt, nachdem die Altersvariable kontrolliert wurde, wird von anderen Studien unterstützt. Längere Arbeit an gleichen Stelle wird mit Burnout in Verbindung gebracht, konnte noch in keiner Studie nachgewiesen werden.</p> <p>Psychologische Variablen und Professionelle Lebensqualität Wiederholung Resultate, Interpretation dieser, mögliche Erklärungen werden aufgezeigt vergleich mit anderen Studien</p> <p>Im Allgemeinen Stellen die Forscher fest, dass diverse psychologische Dispositionen mit den positiven und negativen Dimensionen von ProQOL assoziiert sind. Personen, die von ihrer Arbeit als Helfer/Unterstützer profitieren, scheinen mehr empathische Gefühle und Sensibilität gegenüber anderen in Not zu haben und sich mühe geben einen Perspektivwechsel vorzunehmen. Sie lassen sich durch negative Gefühle (bzgl andere leiden zu sehen) weniger beeinflussen und haben in schwierigen Situationen mehr Mitgefühl mit sich selbst.</p> <p>Im Gegenteil scheinen Personen, die anfälliger sind, die negativen Konsequenzen der Pflege zu spüren, sich öfter mit den Pat. zu überidenifizieren, mehr selbst-urteilend zu sein, mit negativen Gedanken und Gefühlen, sie fühlen sich abgetrennt von anderen in Stresssituationen und</p>

<p>wird aufgezeigt.</p> <p>Empathie wird definiert und unterscheidung zw. kognitiver und affektiver Empathie.</p> <p>Konzept des Selbst-Mitgefühls wird erläutert und mit Literatur hinterlegt. Selbstmitgefühl steht mit weniger psychopathologie in Beziehung (MachBeth & Gumley, 2012).</p> <p>Psychologische Inflexibilität wird erklärt und möglicher Zusammenhang zu Burnout erläutert. Bogen zurück zu onkologiepflege wird gemacht.</p>	<p>Self-Compassionl-Skala (SCS, Neff, 2003) häufig gebrauchtes Instrument zur Selbsteinschätzung der sechs Komponenten des Selbst-Mitgefühls. Häufigkeitseinschätzung von 1-5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbezogene-Freundlichkeit, Selbstverurteilung, Verbindende, Humanität, Isolation, Achtsamkeit, Überidentifizierung - Adäquate Konstrukt- und convergente Validität, sowie interne Konsistenz und Validität des portugiesischen Fragebogens wird erwähnt. <p>AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II) (Bond et al., 2011) 7 Item-Fragebogen nach Psychologischer Inflexibilität/ erfahrungsbedingter Vermeidung, Häufigkeit wird angegeben von 1-7. Portugiesische Version zeigt gute interne Konsistenz und gute konvergente und diskriminante Validität (Pinto-Gouveia et al., 2012)</p> <p>Datenanalyse: Deskriptive Statistik der Variablen beinhalten Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimal- und Maximalwerte, Schiefeit- und Wölbungswerte. Verschiedene Methoden wurden genutzt um die Beziehung zwischen individuellen Dispositionen (demografische variablen und psychologische variablen) und der professionellen Lebensqualität zu erforschen. Pearson's Coefficient Correlation Hierarchische Multiple Regression (Voraussagekraft von psychologischen Variablen (Empathie, Selbs-Mitgefühl, Psychologische Inflexibilität) auf ProQOL, während der Effekt von demografischen variablen kontrolliert wurde) Empathie Variable wurden in den ersten Schritt der Regression inkludiert, Selbst-Mitgefühl in einem zweiten Schritt und psychologische Inflexibilität als letztes. Die Reihenfolge wurde so entschieden, da Empathie als „klassischer“ Prädiktor für ProQOL, um zu schauen ob die weniger erforschten Variablen (Selbst-Mitgefühl, Psych. Inflex.) eine Steigerung der Varianzmenge in den abhängigen variablen erklären könnten.</p> <p>Der unstandardisierte Coeffizient (B), Standardfehler (SE), Standardisierte Coeffizient (Beta), t-Statistik, p-Wert und 95% Confidence Interval wurden aufgezeigt.</p> <p>Die Annahme von Normalität, Linearität und Multicollinearität wurden überprüft.</p>	<p>Inflexibilität und persönlichem Stress.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BO und CF positiv assoziiert mit psych. Inflexibilität und negativ mit Selbst-Mitgefühl. - BO auch positiv mit persönlichem Stress assoziiert und negativ mit „Perspective Taking“. - CF positiv mit „empathic Concern“ assoziiert. <p>Hierarchische Regression:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CS positiv mit kognitiver und affektiver Empathie und Selbs-Mitgefühl assoziiert, negativ mit psych. Inflexibilität und persönlichem Stress. - BO und CF positiv assoziiert mit psych. Inflexibilität und negativ mit Selbst-Mitgefühl. - BO auch positiv mit persönlichem Stress assoziiert und negativ mit „Perspective Taking“. - CF positiv mit „empathic Concern“ assoziiert. BO und CF voraus, nicht jedoch CS. <p>- Resultate für den letzten Schritt jedes Models weisen darauf hin, dass wenn alle Variablen eingegeben wurden, „empathic Concern“ und persönlicher Stress signifikant CS voraussagen und 26% der Varianz erklären, Jahre an der aktuellen Stelle, selbst-Mitgefühl und psychologische Inflexibilität Burnout vorhersagt und 29% der Varianz erklärt, Jahre an der aktuellen Stelle, „empathic Concern“ und psychologische Inflexibilität CF voraussagt und 18% der Varianz erklärt.</p>	<p>scheinen mehr psychologische Inflexibilität zu haben.</p> <p>Sie fühlen sich betrübt, wenn sie andere leiden sehen, und weniger Empathie und Sensibilität gegenüber Leidenden.</p> <p>Diese Resultate suggerieren, dass die psychologischen Dispositionen wichtige Anfälligkeits- und Erhaltungsfaktoren von Burnout und Compassion Fatigue sein könnten und gleichzeitig CS hindern.</p> <p>Limitationen: Cross-sektionales Design, erlaubt keinen Ursächlichen Zusammenhang zu ziehen zwischen psychologischen Dispositionen und ProQOL. in zukünftigen Studien könnten gezielte Hypothesen dazu geprüft werden. Sample Size war klein, Teilnehmer vor allem Frauen.--> limitiert die Generabilität der Resultate. Jedoch entsprach die Proportion der Frauen/Männer internationalen Samples. Convenience Sample, keine Wahrscheinlichkeitsstichprobe, d.h. die Population könnte nicht adäquat repräsentiert sein. Alle Daten wurden mit Selbst-auszufüllenden-Fragebogen erhoben-> limitiert, wie bei dieser Methodologie üblich. zB. kontroverse über Erfassung von Empathie mittels selbst-Fragebogen. Zukünftige Studien sollten auf andere Erfassungsinstrumente zurückgreifen (funktionelle neuroimaging, qualitative Daten etc.) um das verständnis für die komplexen beziehungen zw.psych. dispositionen und ProQOL. Die psychologischen Variablen in dieser Studie, sind nur ein Bruchteil der Einflussfaktoren. Multiple Test kann die Interferenzfehlermenge erhöhen.</p> <p>Implikationen: Trainingsprogramme, die professionelles Wohlbefinden steigern möchten, sollten sich unter</p>
---	---	---	--

	<p>t-Test zur Mittelwertunterschiedsuche in den ProQOL Variablen zwischen zwei Kategorien (zB. Geschlecht). Statistische signifikanz bei 0.05</p> <p>IBM SPSS version 23 wurde für alle Analysen eingesetzt.</p> <p>Ethik: Genehmigung von den Ethik Komitees der Spitäler wurde eingeholt. Informed Consent wurde von allen TN schriftlich eingeholt Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) wurde eingehalten.</p>		<p>Anderem auf Adaptive Empathie, Selbst-Mitgefühl und psychologische Flexibilität fokussieren. Mindfulness-based- Interventionen werden angesprochen und mit Literatur unterstützt.</p> <p>Conclusion: Der häufige kontakt mit leidenden Personen setzt hohe emotionale Anforderungen an onkPP und andere im Gesundheitswegen, was sie für BO/CF gefährdet. Obwohl einige Interventionen die Arbeitsbedingungen verbessern helfen können, BO zu verringern, sind sie meistens schwierig implemantierbar und lassen CF aussen vor. Interventionen und Trainings, die sich auf psychologische Faktoren, zB die in der Studie erforschten, könnten die Fähigkeiten jeden einzelnen verbessern, mit Stress umzugehen und könnten deshalb eine alternative und effektive möglichkeit sein, BO und CF zu vermeiden und behandeln.</p> <p>Finanzierung wird angesprochen. Laut Autoren keine Interessenkonflikt.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie: The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue Symptoms
(Duarte & Pinto-Gouveia, 2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studie behandelt ein BA-relevantes Thema, kann unsere Fragestellung teilweise beantworten.</p> <p>Deutliches Ziel formuliert, Fragestellung. Sinnvolle Hypothesen, jedoch werden diese erst</p>	<p>Design: Querschnitts-Design, nicht randomisiert. interne Validität: Selection Bias vorhanden, Performance Bias evtl aufgrund dem verschiedenen Umgang der Stationsleitungen, ansonsten jedoch nicht. Das Design passt zu den erforschten Variablen. externe Validität: Geschlechterverteilung laut Autoren ähnlich wie in internationalen Samples→</p>	<p>Es wird von normalverteilung und "fast" Normalverteilung gesprochen, ist dies akzeptabel?</p> <p>4 Tabellen sind in Text erwähnt und präzise angeschrieben, ergänzend zum Text.</p> <p>Es werden signifikante und (wenige) nicht signifikante</p>	<p>Studienergebnisse werden mit anderen Studien verglichen, und teilweise auch diskutiert (nicht alle Resultate). Die Interpretation stimmt überein. Einige Resultate werden mit anderen Studienresultaten verglichen und diskutiert, jedoch nicht alle Resultate. Teilweise wird nach alternativen Erklärungen gesucht.</p>

<p>im Methodenteil erwähnt.</p> <p>Problem wird klar beschrieben und mit Literatur begründet, Theoretischer Bezugsrahmen wird aufgestellt.</p> <p>Forschungsbedarf wird gut begründet.</p>	<p>deutlich mehr Frauen. Einige mögliche beeinflussende Faktoren wurden nicht beachtet (zB. haben die TN Kinder? Wie viel Prozent arbeiten sie?), da der Fokus auf andere gelegt wurde. Die Resultate können nur mit Vorsicht auf eine andere Population übertragen werden, da Convenience sample und nicht randomisiert.</p> <p>Stichprobe: Nicht randomisiert, nicht klar wie die TN zur Teilnahme gefragt/gebeten wurde, dies wurde von Stationsleitung gemacht, die verschiedenen Leitungen könnten dies verschieden gemacht haben, nicht repräsentativ. Stichprobengrösse laut Autoren angemessen. Keine Dropouts, da nur einmaliger Messzeitpunkt.</p> <p>Datenerhebung: Datenerhebung sinnvoll</p> <p>Messverfahren: Über Validität und Reliabilität wird in studie nur zu SCS und AAQ aussagen gemacht. Nutzung des ProQOL ist etabliert, keine Aussage zu IRI</p> <p>Wahl der Messinstrumente werden erklärt und machen Sinn.</p> <p>Datenanalyse: Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben und begründet.</p> <p>Skalenniveau ok, Obwohl die erfassten Daten streng genommen ordinalskaliert wären, ist es manchmal üblich, sie in gewissen Situationen als intervallskaliert anzusehen um Korrelationen und Regressionsanalysen durchführen zu können.</p> <p>Signifikanzniveau sinnvoll, nicht begründet, da Standart. Ethik: Finanzierung der Studie wird angesprochen: 1. Autor, FCT Portugal und ESF Belgien durch POPH</p>	<p>Ergebnisse im Fliesstext erwähnt.</p>	<p>Limitationen der Studie werden realistisch aufgezeigt, Stärken werden nicht erwähnt.</p> <p>Die Ergebnisse sind nur sehr begrenzt generalisierbar, aufgrund des Convenience-Samples und der eher kleinen Sample size. Jedoch zeigen die Resultate einige wichtige Aspekte und ihren Zusammenhang auf. Es müssten Studien mit randomisiertem Sampling durchgeführt werden um repräsentative Resultate zu liefern.</p> <p>Die Studie könnte in einem anderen Setting reproduziert werden, die nötigen Infos sind vorhanden, jedoch ist nicht ganz genau klar, wie die Statileitungen mit dem „Werbung machen“ vorgegangen sind, dies müsste vereinheitlicht werden. Evt würde es Sinn machen, weniger Fragebogen anzuwenden, damit es für die TN weniger aufwand ist, diese Auszufüllen → Fokus auf weniger Variablen.</p>
--	---	--	---

Güte/Evidenzlage:

Objektivität: Da die Stationsleitungen die Werbung der Studie übernahmen und die Fragebogen verteilte und wieder einsammelte, könnte sie die Motivation der TN beeinflusst haben, oder versucht haben, die TN zu beeinflussen um für die Abteilung bessere Resultate zu erhalten, sie hatte jedoch keinen Zugriff auf die Resultate, da die Couverts verschlossen waren. Gleiche Messverfahren bei allen TN

Reliabilität, Zuverlässigkeit: die meisten gebrauchten Messinstrumente sind bewährt, keine Aussage zu IRI. Die Fragebogen können unabhängig von Person und Ort durchgeführt werden, Fragebogen sind in verschiedenen Sprachen verfügbar (je nach Sprache leichte abweichungen). Logische Messinstrumente und Analyseverfahren.

Validität, Gültigkeit: passende statistische Verfahren, passendes Design, jedoch keine Expertenmeinung.

Evidenzlage: in der Untersten Stufe der Evidenzpyramide, tiefe Evidenz.

Zusammenfassung der Studie: Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses (Hevezi, 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel: Pilotstudie will herausfinden ob kurze (<10min) strukturierte Meditationen (v.a. Atmung und Relaxation) CF reduzieren und CS verbessern können bei onkologischen PP.</p> <p>Kleiner Rahmen ist gesetzt, kurze Erklärung zu Onkologie und CF Entwicklung und dass mind-body-Techniken stress reduzieren können und das subjektive Wohlfühl steigern kann.--> Forschungsbedarf eher knapp begründet</p> <p>CF ist definiert als Zustand von physischer, emotionaler und spiritueller Erschöpfung, die von Betreuungspersonen von schwerkranken oder traumatisierten Patienten</p> <p>BO versus CF, CS Ähnlichkeiten und Unterschiede, definition und beschreibung</p> <p>Beschreibung ProQOL 5</p> <p>Beschreibung Achtsamkeit (mindfulness) als aktive und fokussierte Aufmerksamkeit zu der Erfahrung was man gerade fühlt, mental und körperlich, kann helfen</p>	<p>Design: nicht randomisierte prä-post-Interventionsstudie. Begründung: Um Effektivität von Atem- und Meditationstechniken zur Reduktion von CF und Verbesserung von CS zu evaluieren.</p> <p>M: 5x/wo für 4 Wo geführte meditation auf CD nach kurzer individueller Instruktion. ProQOL 5 + Freitext.</p> <p>Stichprobe: 15 Teilnehmer am Schluss, zu Beginn 17(1 hörte auf dort zu arbeiten, 1 stieg aus vor Interventionsbeginn) alle Teilnehmer waren Frauen demographische variablen wurden nicht beachtet PP auf onkologischer IMC Bettenabteilung (in einem akademischen Spital) Rekrutierung durch Email, Teamsitzungsinformation und Mundpropaganda, keine randomisierung Convenience Sample, keine randomisierung, PP von dieser einen Abteilung konnten sich melden, wenn sie mitmachen wollten. PP konnten sich über 6mt zur Studie anmelden laut Autorin reflektierte Sample in Bezug auf Alter und Arbeitserfahrung die Abteilung. keine Kontrollgruppe</p> <p>Datenerhebung: Messverfahren ProQOL 5, vor Beginn der Intervention und nach 4 Wochen Intervention (postintervention). ProQOL wird beschrieben (validität und reliabilität sind gut dokumentiert, (Stamm, 2010)) Bei Postinterventionserfassung: vier subjektive zusätzliche Fragen (<i>Wie relaxt fühlten sie sich nach den Atemübung im durchschnitt über die gesamte Studiendauer? Waren sie sich bewusst, dass sie ein Gefühl des Selbstmitgefühls entwickeln würden über die Studiendauer? Wie haben sich ihre physische, emotionale und mentale Reaktionen zu Stress sich verändert über die Studienzeit? Wie wahrscheinlich ist es,</i></p>	<p>Intervention zeigte eine statistisch signifikante: Zunahme bei CS-Werten ($p=0.027$), Abnahme von BO ($p=0.003$) und STS-Werten ($p=0.047$)</p> <p>Grosse effektstärke ($d>0.5$) trotz kleinem sample, signifikanz bei CS $p=0.027$, BO $p=0.003$, STS $p=0.047$</p> <p>Ergänzende Fragen (haben diese alle ausgefüllt?) : PP berichteten verstärkte Gefühle von relaxation, die Entwicklung des Selbstmitgefühls, positive veränderung in physischen, emotionalen und mentalen reaktionen zu Stress und eine hohe Wahrscheinlichkeit, Meditation in ihre Selbstfürsorgepläne einzubauen.</p> <p>Freitextantwort (9PP haben ausgefüllt): 4 davon beschrieben die Vorteile der Atemübungen (zwei davon involvieren es in die Arbeit am Krankenbett) 2 davon beschrieben,</p>	<p>Positive Resultate in dieser kleinen Pilotstudie demonstrieren die Wirkung von Metitationsübungen auf das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen mittels Stressreduktion und Förderung des Selbstmitgefühls.</p> <p>Autorin schrieb diese Studie um Mitarbeitern Copingstrategien für den täglichen Stress zu vermitteln.</p> <p>Autorin hat vor Durchführung der Studie zum teil mit späteren Teilnehmern gesprochen und herausgefunden dass ein Bedarf da ist. Die meisten machten sich sorgen, dass für solch eine Intervention nicht genügen Zeit vorhanden ist zwischen stressigem Job und Privatleben. Das wurde im Design der Studie mit einbezogen. Die sonst längeren Meditationen von MBSR wurden stark gekürzt umgesetzt.</p> <p>Einige PP machten bei der Studie nicht mit, da sie das Gefühl hatten 5x/Woche über einen Monat nicht die Zeit zu haben, es durchführen zu können. Einige PP mussten den Start des „Meditationsmonats“ verschieben, bis sie es sich einrichten konnten mit ihrem Terminkalender.</p> <p>Die erste Instruktion fand am Arbeitsplatz statt, ein Ort ausserhalb</p>

<p>Gedanken und Gefühle zu beobachten ohne Urteil, um zB in stressigen Situationen reflektierter handeln zu können.</p> <p>Wachsendes demonstration in Literatur über Wirksamkeit von Achtsamkeit-basierten meditationen zum reduzieren von physischem, emotionalem und mentalen Effekten von Stress auf Gesundheitsfachleute.</p> <p>Beschreibung der Meditationskonzepte von dem die Intervention abgeleitet ist.</p> <p>Zeitmangel von PP in Betracht gezogen und deshalb kurze Intervention gewählt.</p> <p>Kalifornien, San Diego (2016)</p>	<p><i>dass sie die Meditationsübungen in ihre Selbstfürorgepläne integrieren?)</i> und eine Freitextantwort PP wurden am ende der 4 Wochen ans Ausfüllen des Fragebogens erinnert.</p> <p>Intervention: Informed Consent während erster persönlicher Instruktion (unklar was in dieser Instruktion alles gesagt wurde), Teilnehmer erhielten Ordner mit einer SchulungsPowerpoint, welche CF, CS, BO, Selbstfürsorge und Achtsamkeit beschreibt. Im Ordner ist auch (von Autor erstellte) Audio-CD mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4minütiger Achtsamkeits Atemtechnik für sofortige Stressreduktion - 8minütige Loving Kindnes Meditation (zur Stärkung des Selbst-Mitgefühls) - Informationen über die Studie und die Meditationsübungen <p>PP machten die Meditationsübungen an 5 von 7 Tagen pro Woche für gesamt 4 Wochen. PP wurden zu Beginn der 4 Wochen beiläufig gefragt, wie es mit den Meditationen ging und ob sie Fragen oder Probleme haben Die Meditationen waren absichtlich kurz gehalten, um sie im Alltag besser einsetzen zu können, da das Vorstellung „Meditation kostet viel Zeit“ bei vielen Personen im Kopf ist (steht so als Begründung in Studie. Die modifizierten Meditationsübungen sollen demonstrieren, dass Stressreduktion und Stärkung des Selbstmitgefühls nicht unbedingt viel Zeit in Anspruch nehmen.</p> <p>Datenanalyse: - keine Erwähnung im Methodenteil, erst im Resultatteil Variablen: Unabhängige Variable: Intervention Abhängige Variable: ProQOL-Resultat (intervallskaliert)</p> <p>gepaarter t-test (jeweils von ProQOL-Resultat von CF, BO, STS), means, mean differences, Confidenzinterval und Effektstärke wurden berechnet</p> <p>Ethik: Genehmigung eingeholt von Uni of California San Diego Institutional Review Board</p>	<p>weniger Stress am Arbeitsplatz zu spüren 2 davon beschrieben emotionale Mühe, als sie mit LKM starteten, weil sie realisierten, wie sehr sie an andere dachten und nicht an sich selber.</p>	<p>hätte vielleicht mehr sinn gemacht, hätte jedoch wieder mehr Zeit in Anspruch genommen wegen Anreise etc. In Zukunft sollte die Instruktion an einem ruhigen Ort mit einer akzeptierender, heilenden Umgebung durchgeführt werden.</p> <p>Die Meditationsintervention schein erfolgreich gewesen zu sein (demonstriert mittels statistisch signifikanten ProQOL-Verbesserungen, einer grossen Effektstärke trotz des kleinen Samples, und den positiven Rückmeldungen). Die Ergebnisse können jedoch nicht wirklich generalisiert werden, da das sample sehr klein war und keine KG vorhanden war. Zudem fehlen Langzeitergebnisse (diese waren für die Pilotstudie nicht geplant.)</p> <p>Die Meditationstechniken können in die Ausbildung der PP eingebaut werden zusätzlich zu Supportteams (ist das idee von Autorin, ist nicht mit Literatur hingerlegt, woher kommt sie mit dieser idee??) für PP</p> <p>Es ist geplant, das pilotprojekt zu erweitern und in einem komplexeren Studiendesign anzuwenden mit längerfristigen Befragungen und einer Kontrollgruppe.</p>
---	---	---	--

Würdigung der Studie: Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses(Hevezi, 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Mittels intervention soll Wohlbefinden und CS gesteigert werden und kann somit als Schutz vor CF dienen→ relevant für unsere BaTh</p> <p>Keine Forschungsfrage/Hypothese, jedoch klar formuliertes Ziel</p> <p>CF und BO wird genau beschrieben und unterschieden, mit Literatur und Studien belegt.</p>	<p>Design: Sinnvoll gewähltes Design, um Wirksamkeit einer Intervention zu testen, Langzeitergebnisse wären interessant. Interne Validität: es wurde eine Sinnvolle Variable definiert mit ProQOL, und der Intervention, jedoch fehlt das in Betracht ziehen von anderen möglichen Einflussfaktoren auf das ProQOL, wie zB. private Stressoren etc. Pilotstudie→ mässige Übertragbarkeit auf Allgemeinheit, realistisches Setting, viele Erkenntnisse für Durchführung der Hauptstudie</p> <p>Stichprobe: Nur Frauen, Männer hätten vielleicht andere Einblicke geben können, Realität: es arbeiten mehr Frauen als Männer als PP</p> <p>Convenience Sample→ in Pilotstudie ok, aber für Hauptstudie wäre besser randomisiert und mehr Teilnehmer, evt sogar verschiedene onkologische Abteilungen</p> <p>Stichprobe laut Autorin repräsentativ für alle Mitarbeiter der Abteilung in Bezug auf Alter und Arbeitserfahrung, Rest wurde nicht beachtet. Da Pilotstudie→ kann nicht wirklich generalisiert werden, zu viele Unklare Faktoren</p> <p>Dropouts wurden angegeben und begründet, keine Beeinflussung der Ergebnisse, da dropout vor Interventionsbeginn</p> <p>Keine Erwähnung von sample size calculation. In Resultaten wird von Effektstärke nun berechneter grossen ($d > 0.5$) gesprochen, evt bestand zu beginn der Durchführung der Pilotstudie noch nicht genügend wissen um eine Sample size calculation zu machen.</p> <p>Keine Kontrollgruppe→ ok für Pilotstudie, für Hauptstudie wäre dies sinnvoll und nötig.</p> <p>Datenerhebung: Sinnvolle Datenerhebung (Fragebogen), Es wurde von allen Teilnehmenden die gleichen Daten erhoben (ProQOL), nicht ganz klar, wie oft PP gefragt wurden wie es läuft mit Meditationsübungen, es steht nur „casually questioned“, evt</p>	<p>signifikante Resultate bei kleinem Sample</p> <p>1 Tabelle: klein, ergänzend zum Text, vollständig angeschrieben, im Text erwähnt</p> <p>4 Diagramme mit den ergänzenden Fragen und die Anzahl der Antworten im Säulendiagramm, vollständig angeschrieben, verständlich, im Text erwähnt.</p> <p>Da keine Sample size Calculation und stichprobe eher klein, schwierig zu sagen, ob Resultate wirklich repräsentativ, trotz grosser effektstärke und kleinem sample. Bei kleinem Sample sind schnell grosse Abweichung durch einzelne Ausreisser möglich.</p>	<p>Alle Resultate wurden nur ganz kurz diskutiert, es wird nochmals auf die kleine Samle size eingegangen und die schlechte generalisierbarkeit.</p> <p>Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Resultate werden in Bezug auf Erwartungen diskutiert</p> <p>Die Resultate wurden nicht mit anderen Studien/Literatur verglichen.</p> <p>Diskussion enthält einige Infos, die schon vorher hätten erwähnt werden können/nicht in Diskussion gehört (zb, dass vor dem Studienstart bereits mit PP der Station über die Machbarkeit von Meditation gesprochen wurde.) Es wird nur vereinzelt nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Studie ist sinnvoll, zeigt grosses Potenzial der Intervention, Methodik könnte noch verbessert werden (grösseres und vielseitigeres Sample, Kontrollgruppe, weitere Einflussfaktoren beachten etc.)</p> <p>Intervention gut umsetzbar in Praxis aufgrund kurzer Dauer der</p>

	<p>wurden einige Teilnehmer öfter oder seltener befragt/erinnert. Daten sind komplett. Freiwillige Freitextantwort zur ergänzung wurde von 9 Teilnehmern ausgefüllt.</p> <p>Messverfahren: Passendes, valides und reliables (Stamm, 2010) Instrument wurde gewählt und begründet weshalb.</p> <p>Am Ende wurden noch vier ergänzende subjektive Fragen gestellt (nicht klar, wie die Autorin auf diese Fragen gekommen ist, sie sagt nur, dass diese ergänzend zum ProQOL dienen sollen, keine ersichtliche Literaturunterstützung).</p> <p>Mögliche weitere Einflussfaktoren (zB. private Stresszustände etc.) wurden in dieser Pilotstudie nicht beachtet.</p> <p>Intervention: Es ist beschrieben auf was sich die Intervention stützt, jedoch wäre es spannend zu wissen, wie die Meditationsübungen genau funktioniert haben.</p> <p>Datenanalyse: Wurde im Methodenteil nicht erwähnt, erst in Resultatteil</p> <p>Durchführung der Datenanalyse wurde eher knapp beschrieben.</p> <p>Gepaarter t-test Passt zum prä-/postinterventionelle Ergebnisse zu vergleichen korrekt zu intervallskalierter Variable gewählt,</p> <p>statistische Angaben erlauben Beurteilung → sind signifikant mit grosser Effektstärke trotz kleinem Sample</p> <p>höhe des Signifikanzniveaus wurde jeweils berechnet und aufgezeigt für CS, BO, CF → nachvollziehbar (begründet?)</p> <p>Ethik: Informed consent gemacht, PP konnten jederzeit aus Studie aussteigen</p> <p>Erlaubnis wurde vom University of California San Diego Institutional Review Board eingeholt. (Ethikkomitee)</p>		<p>Intervention, fraglich ob täglich realistisch ist. Wenig aufwand für Instruktion nötig (nur Audio-CD)</p> <p>Studie scheint reproduzierbar.</p>
--	---	--	--

	<p>Nur eine Autorin Laut ihr entstand die Studie aufgrund ihres <i>persönlichen Bedürfnisses</i>, <i>Berufskolleginnen</i> und –kollegen zu unterstützen, mit dem täglichen Herausforderungen und Stress im Berufsalltag mit komplexen und schwerkranken Menschen, umzugehen. Es ist unklar wie lange (und gut) die Autorin die Pilotstation (und ihre Mitarbeiter) schon kannte, es sind vor dem Projekt jedoch schon Kommunikation, auch wie die Studie am besten realisierbar wäre.</p> <p>Keinen Hinweis auf Finanzierung der Studie</p>		
--	--	--	--

Güte:

Objektivität: Objektivität stark eingeschränkt, nur eine Forscherin, sie kannte alle TN, hat vor der Durchführung der Studie mit den TN gesprochen um zu erfahren, wie sie die Implementation von Meditaion im Alltag sehen. Kleines sample, von nur einer Abteilung

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

ProQOL als Instrument ist bewährt und nachweislich valide und reliabel. Bei der Intervention fehlen einige genaue Infos (genau welcher Inhalt vermittelt wurde, was war genau auf CD), es wurde jedoch grundsätzlich gut beschrieben, wie vorgegangen wurde und es ist nachvollziehbar.

Validität, Gültigkeit:

Passendes Design, es wurde das gemessen, was gemessen werden sollte. Passende Statistische verfahren.

Die **Evidenzlage** der Studie befindet sich nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009) in der untersten Stufe der Pyramide, da es sich um einen Artikel handelt, der in einer normalen Zeitschrift publiziert wurde.

Zusammenfassung der Studie: Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study (Giarelli et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel: Faktoren Untersuchen, die Professionelle Lebensqualität und CF beeinflussen,</p> <p>a) Beziehung zwischen Charakteristik der PP und der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens</p> <p>b) Beziehung zw. privatem Lebensstress und der wahrgenommenen Qualität des Arbeitslebens</p> <p>c) Selbsteinschätzung der PP für eigenes Risiko für CF</p> <p>Die Autoren nahmen an, dass die Förderung der Introspektion bei den TN durch ausführliche Interviews, komplexe Daten generiert, welche die in den Fragebogen erhaltenen Resultate vervollständigen und ergänzen, sowie mögliche Lösungen vorschlagen können.</p> <p>Beschreiben Work-related-Stress und machen den Link zu CF, belegen mit Studien, dass onkPP mehr gefährdet sind.</p> <p>Konzeptuelles Modell:</p>	<p>Design: deskriptive mixed method,</p> <p>Sample: 20 onk PP (30% von Abteilungsmitarbeiter) von einer Hämatologie/Onkologie Abteilung in einem grossen Spital in Pennsylvania mit 47 Patientenbetten (ca 50 Mitarbeiter) mit unterschiedlichen Ausbildungen (BsN, Dipom etc.). 12h-Schicht, PP von beiden Schichten. Ein Mitarbeiter der Abteilung hat andere Mitarbeiter rekrutiert, self-selecting-sampling</p> <p>Datensammlung: self-reporting Questionnaires und in-depht interviews., über 8 mt.</p> <p>Zuerst mit anonymisierten selbst auszufüllendem Fragebogen: Level von privatem Lebensstress, Qualität des Arbeitslebens und soziodemographische Charakteristiken</p> <p>Dann: telefonisches oder persönliches ausführliches Interview (zu einem für PP guten Zeitpunkt, nicht während sie andere Arbeit hätte leisten müssen).</p> <p>Audio wurde mit Einverständnis aufgenommen.</p> <p>3 PP auf Doktorandenlevel haben Interviews durchgeführt.</p> <p>Variablen:</p> <p><i>PP Charakteristik</i> (Alter, Geschlecht, Voll-/Teilzeitanstellung, Arbeitserfahrung als PP, Arbeitserfahrung in Onk., Ausbildungslevel, Zivilstatus, Kinder, persönliche Erfahrungen mit Krebs)</p> <p><i>privater Lebensstress</i> (gemessen mittels Impact of Events Scale (letzte Woche) und Life Events Scale (LES) → Messen die individuellen und kumulativen Ereignisse, die die totale Erfahrung von Stress aufzeigen kann (letzte 12mt)</p> <p><i>Qualität des Arbeitslebens</i> (ProQOL Welche Version?)</p> <p>Interview über Selbsteinschätzung zu Risiko CF und Empfehlungen: 30-50min , Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weshalb arbeiten sie auf Onk? - Denken sie an eine speziell befriedigende oder 	<p>FRAGEBOGEN</p> <p>Privater Lebensstress:</p> <p>Kombi zwischen IES und LES</p> <p>Erfasst wie private Stressoren zu CF beitragen könnten.</p> <p><i>Impact of Event Scle:</i></p> <p>11 PP → kein Einfluss aufs Leben</p> <p>3 PP → leichter Einfluss</p> <p>5 PP → mittelstarker Einfluss</p> <p>1 PP → starker Einfluss</p> <p><i>Life events Scale:</i></p> <p>14 PP leicht bis Mittleres Risiko dass Stress die Gesundheit beeinflusst</p> <p>6 PP mittleres zu hohem Risiko</p> <p><i>ProQOL:</i></p> <p>CS und CF(Burnout und STS)</p> <p>Mean CS: 39.75 (SD 8.15)</p> <p>Mean BO: 19.5 (SD 5.65)</p> <p>Mean STS: 20 (SD 4.9)</p> <p>CS:</p> <p>10 PP überdurchschnittlich</p> <p>10 PP durchschnittlich</p> <p>BO:</p> <p>14 PP tiefe BO levels</p> <p>6 erwartete/durchschnittliche BO level</p> <p>STS:</p> <p>14 PP tiefe STS level</p> <p>6 PP durchschnittliche level</p> <p>Keine der Zahlen der PP zeigte tiefe CS oder hohe BO/STS level auf.</p> <p>INTERVIEWS:</p> <p>Themen:</p>	<p>Die meisten Teilnehmer (14 von 20) äusserten keinen oder wenig Stress, keine PP berichtete über starke aufdringliche Gedanken oder starkes Vermeidungsverhalten. Autoren vergleichen das mit anderen Studien, die andere Ergebnisse erzielt haben.</p> <p>30% der Teilnehmer haben starke Einflüsse aufs Wohlbefinden von persönlichen Lebensumständen identifizieren können.</p> <p>Teilnehmer erzielten durchschnittliche Werte für CS und für BO und STS mässige bis tiefe Werte. Diese Ergebnisse unterscheiden sich von anderen Studienergebnissen (Potter et al. 2010, zeigten durchschnittliche Werte für CF und durchschnitt/hohe Burnoutwerte. Hooper et al. 2010 zeigten mässig bis hohe Burnout und CF lebel bei OnkPP an.)</p> <p>onkPP zeigen eine signifikant inverse Beziehung zw. CS und Burnout. (auch in Hooper et al. 2010)</p> <p>PP schlugen institutionelle Veränderungen vor um vor Arbeitsbedingtem Stress zu schützen, Literatur unterstützt dies nicht (Barnard et al (2006)(Ba et al 2014 → organizationelle veränderungen schützen PP nicht direkt vor CF, könnten aber zu CS beitragen))</p> <p>Persönliche Strategien zur Selbstpflege</p>

<p>CF wird als Konsequenz der sozialen Umwelt gesehen und deshalb wurden Prinzipie von sozialen Konstrukten in die Zielformulierung mit eingenommen. (gilt als bewährte herangehensweise wenn soziales/persönliches Phänomen untersucht werden soll)</p>	<p>bereichernde Erfahrung als onk PP. Wann war das? Beeinflussung des pers. Lebens... Hat es ihre Pflege seither beeinflusst?</p> <p>- Denken sie an eine speziell schwierige oder betrübende Erfahrung als onkPP? Wann war das? Hat es ihr persönliches Leben beeinflusst? Hat es ihre Pflege seither beeinflusst.?</p> <p>Datenanalyse: <i>Fragebogen:</i> Mittels deskriptiver Statistik (Häufigkeiten, Prozenten, Verteilungen, Mean, standartabweichung) <i>Interview:</i> Wörtlich transkribiert (von Personen, die nicht auf Abteilung arbeiten, wurden vom Studienleiter instruiert und kontrolliert, es richtig durchzuführen) Infos die Rückschlüsse auf Identität hätten führen können wurden vorher Transkription gelöscht. Transkripte wurden in NVIVO 10 importiert. Hauptstudiendurchführer und ein Co-Prüfer identifizierten Themen und häufige Erfahrungen der PP. Sipmple thematische Inhaltsanalyse nach Clark& Creswell/Guest, MacQueen &Namey. Themen: a) wahrgenommene Qualität des Arbeitslebens b) privater Lebensstress c) eigene risikoeinschätzung für CF d) empfehlungen für Stressminderung am Arbeitsplatz Themen wurden mit Resultaten der Fragebogen verglichen. (Guba (1985) wurde angewendet für Glaubwürdigkeit und Bestätigungsfähigkeit)</p>	<p>- <i>Kommunikationsprobleme</i> (Qualität und Quantität der Kommunikation zwischen PP und Arzt, PP und Familie, PP und Pat.) - <i>Arbeitsumfeld/Institution</i> (persönliche Bedürfnisse wurden ignoriert, zu viele Patienten auf einmal betreuen, ungleich verteilte Aufträge, störende Mitarbeiterwechsel → Frustration bei PP, keine gute Pflege leisten zu können, hohe Erwartungen von Pat./Institution/ sich selbst, Behandlungen, die PP emotional nicht handeln konnte)</p> <p><i>Empfehlungen von PP zur minimierung von Berufsbedignem Stress:</i> - persönliche Strategien: interner Dialog (selbst-ermutigung, emotionale distanzierung), entschärfung des Stress (emotionale Ablösung (Dampf ablassen), Physische selbstpflege (spaziergang)), Perspektive (perspektive finden und bahalten)</p> <p>- Institutionelle Veränderungen PP-angetrieben: Physisches Umfeld (Ruheraum für PP oder Angehörige), zwischenmenschliche Beziehungen (peer-to-peer-support-network, Beratungsdienst für PP) Intitutionelle Veränderung: Richtlinien (mehr Überprüfung der Arbeitsbelastung, „mental-Health“-Tage)</p> <p>75% sah sich nach Anfrage in 5J. immer noch auf Onk arbeiten</p>	<p>werden von der Literatur (Neville & Cole 2013/ Wenzel et al 2011) als hilfreich belegt. Innerer Dialog als Ressource ist in Literatur noch nicht genügend belegt→ muss noch weiter geforscht werden</p> <p>PP glauben dass: das erhalten einer gesunden work-life-balance, den „Job“ am Arbeitsplatz lassen und sich auf sich selbst und Familie zu konzentrieren ausserhalb der Arbeit, wichtig sind um CF-Risiko zu minimieren. 18 von 20 PP sehen sich in 5 Jahren immernoch auf OnkPflege → scheint dass für die meisten die „Belohnung“ der Onkologiepflege, die Herausforderungen zu überwiegen scheint.</p> <p>Limitationen: Recht homogenes sample (zu Rasse und Ethnizität→ mehr diverses sample in Hinsicht auf soziodemographik wäre nötig um Kulturelle Unterschiede festzuhalten) size, aber keine Männer, die doch andere meinungen/Strategien einbringen hätten können. Abteilungsleiter war Mitglied im Forschungsteam→ könnte Teilnahme positiv oder negativ beeinflusst haben. 12h-Arbeitsschichten→ könnte davon abweichen wenn 8h Arbeitsschichten</p> <p>Implications for Nursing practice</p>
--	---	---	--

Würdigung der Studie: Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study (Giarelli et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studie beantwortet einen Teil unserer BA-Fragestellung.</p> <p>Ziele werden genau beschrieben, keine Hypothese zu Resultaten oder Forschungsfrage.</p> <p>CF ist recht wage definiert als „fatigue, emotionaler Stress oder Apathie, welche von den ständigen Anforderungen für andere zu sorgen“</p> <p>Phänomen CF wird beschrieben</p> <p>Background geht mehr auf Work-related Stress ein und weniger nur auf CF</p> <p>Forschungsbedarf wird mit anderen Studien begründet, auch weshalb onk PP</p> <p>- keine Ausschlusskriterien -Mitarbeiter Abteilung hat leute rekrutiert + Interview hat erfahrene rehercheperson durchgeführt. - keine männlichen Teilnehmer Bei PP mit 12h schichten</p>	<p>Design: Mixed method um ergänzende und erweitertes Wissen zu erhalten→ Sinnvoll</p> <p>Stichprobe: Rekrutierung durch Mitarbeiter der Abteilung, der im Forschungsteam war, MA konnten sich melden wenn sie mitmachen wollten, nicht randomisiert→ self-sampling method Sample Size wurde recherchiert, da mixed method weniger als bei nur Quanti, laut Recherchen mind. 15 TN Nur Frauen im Sample (keine Frauen) in 12h-Schichten, keine Ausschlusskriterien Ergebnisse können nur schlecht generalisiert werden, da convenience Sample, nur auf einer Abteilung in einem Spital→ müsste grossflächiger durchgeführt werden auf anderen Abteilungen, mit kontrollierten TN. Wenig repräsentativ. Setting ist gut beschrieben, Teilnehmer sind als Informanten geeignet. Keine Dropouts</p> <p>Datenerhebung: Datenerhebungsmethoden sinnvoll Interviews wurden persönlich oder am Telefon durchgeführt (unterschiedliche Settings nicht optimal) ansonsten Datenerhebungsmethoden bei allen gleich. Daten von allen TN erhoben, diese wurden anonymisiert.</p> <p>Messverfahren: Interviewfragen werden offengelegt (Wiederholbarkeit), Interviews durch erfahrene Forscher durchgeführt, die nicht am Spital arbeiteten</p> <p>IES sind konsistent (mittlerer alpha: 0.86). LES ()reliabilität stabil über 7 Tage, 12 der 14 Items produzierten kappa-Coeffizienz von 0.4 oder höher. ProQOL: reliabel</p> <p>Datenanalyse Forschender lies und transkribierte, Hauptforscher kontrollierte und überprüfte. Peer-debriefings bis Konsens erreicht. Datensaturierung nach 12 TN, es wurden trotzdem alle 20 interviewt. Nicht beschrieben welche Statistischen Programme/Analysen gebraucht wurden. Nur, dass Häufigkeiten, Prozentzahlen, Verteilungen, Mittelwerde und</p>	<p>Ergebnisse sind präzise Nicht zu allen Resultaten eine Tabelle, nicht alle Tabellen ganz einheitlich beschrieben, jedoch übersichtlich. Quali Ergebnisse sind jeweils mit Zitaten hinterlegt, wurden u.a. mit Quali-Auswertungs-Software analysiert Richtlinien zu Trustworthiness, credibilität und confirmibilität wurden befolgt. Sinnvolle Aufteilung in Themen</p>	<p>Eigene Resultate werden mit anderen Studien verglichen und diskutiert, alternative Erklärungen werden teilweise gesucht. Machen vorschlag für weitere nötige Forschung (innerer Dialog als Ressource zur Stärkung von Resilienz und Risikoverminderung zu CF) Teilweise neue „Resultate“ in Diskussion, die vorher noch nicht so erwähnt wurden. Limitationen werden angesprochen Studie ist sicherlich sinnvoll, jedoch sollte das Sample ausgeweitet werden um mehr aussagekräftige Resultate zu erhalten, die Ergebnisse dieser Studie können nur schlecht auf andere Populationen übertragen werden. Die Studie könnte in einem anderen klinischen Setting gut umgesetzt werden, die Methode ist genau beschrieben. Die Studie bietet eine umfangreiche</p>

	Standardabweichungen berechnet wurden. Quali: - Guba's Kriterien für Trustworthiness wurde angewendet, sowie Lincoln und Gubas Kriterien für das Schaffen von Kreditibilität und Konfirmabilität Ethik: + bewilligung zur Durchführung von „Institutional review board of the health delivery system“ und deren Medizinern. + schriftlicher informed Consent wurde eingeholt + Studienteilnehmer konnten jederzeit aus der Studie austreten (durch dass jemand der Abteilung die Studie durchgeführt hat, war die Hemmschwelle zum Abbruch evtl hoch)		Empfehlung für die Praxis
--	--	--	---------------------------

Güte:

Durch die Mixed Method konnten einige zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden.
Validität und Reliabilität der quantitativen Instrumente sind nur knapp beschrieben.

Güte: (nach Lincoln & Guba 1985)

Confirmability (Bestätigung):

- + Die Daten werden von zwei verschiedenen Autoren gelesen und sie verwenden eine Software als Hilfe bei der Interpretation der qualitativen Daten.
- Saturierung der Daten → plus zusätzliche Interviews durchgeführt, obwohl diese nicht mehr nötig gewesen wären.
- Unklar ob Member-Checking stattgefunden hat, keine Erwähnung von Expertenmeinung

Dependability (Zuverlässigkeit):

- + Tabelle mit demografischen Daten des Samplings (gut falls Vergleiche durch nachfolgende Studien durchgeführt werden möchten), die Datenanalyse erfolgte mit den transkribierten wortgetreuen Texten, plus Zitate. Fragebogen des Interviews wurde aufgezeigt. Ethische Bewilligung wurde eingeholt.
- Daten wurden von keinem externen Gremium überprüft, jedoch wurden Peer-debriefings durchgeführt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- + Daten wurden Wortgetreu verwendet und Zitate sind erwähnt, Peer-debriefings haben stattgefunden.
- Limitationen werden erwähnt, Resultate werden diskutiert und mit Literatur verglichen
- Mitarbeiter der Abteilung war Teil des Forschungsteams → mögliche Beeinflussung der Teilnehmenden

Transferability (Übertragbarkeit):

- + Genaue Beschreibung der Methode → Studie könnte wiederholt werden
- Schlussfolgerungen auf andere Kontexte nur begrenzt möglich, da Sample klein und nur von einer Abteilung im Spital
- TN arbeiteten 12-Schichten, in vielen Spitälern sind 9h-Schichten üblich → schränkt Übertragbarkeit ein

Evidenzlage: Stufe 1

Zusammenfassung der Studie: Effects of the use of the Provider Resilience Mobile Application in reducing Compassion fatigue in Oncology Nursing
(Jakel et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ohne Intervention kann CF zu Job oder Karrieren Wechsel führen.</p> <p>Diese Studie erforscht den Effekt einer zweckmässigen, günstigen, preiswerten App im Bezug auf die berufliche Lebensqualität von onkologischen PP mit CF Risiko.</p> <p>Die Pflege ist auf Grund ihrer beruflichen Rolle gefährdet CF zu bekommen. CF wird unter anderem als physische Erschöpfung und emotionalen Stress entstehend von engem Kontakt mit Patienten und deren Familien definiert. Dies kann zu Teilnahmelosigkeit, zu beruflicher Sinnlosigkeit und Selbstbeschuldigung führen. Wiederholen sich diese Vorkommnisse ohne Erleichterung oder Aufmerksamkeit, beginnen PP sich emotional zu distanzieren und zeigen Teilnahmelosigkeit gegenüber dem Patienten und seiner Familie. Burnout entsteht, wenn persönliche Ziele nicht erreicht werden, dies löst Frustration aus. CF entsteht, wenn Rettungsstrategien als Misserfolg wahrgenommen werden. Pflegende auf onkologischen Stationen sind mehr Partner als Beobachter und das Überleben ihrer Patienten ist nicht garantiert.</p> <p>Für CF gibt es keine offizielle Definition. Das Phänomen wurde nicht auf eine Art und Weise erkundet, beschrieben oder untersucht, mit welcher PP CF erkennen und bekämpfen könnten. Nicht erkannte CF kann zu Jobwechsel führen.</p> <p>Die Symptome zeigen sind physisch, verhaltenstechnisch und spirituell.</p> <p>Es gibt bereits einige Studien zu Interventionen</p>	<p>Methode Es wurde eine prospektive, quasiexperimentelle Studie durchgeführt, auf einer 26-Bett Onkologischer Abteilung in einem Medizinischen Centrum in Kalifornien. Um den Einfluss der Intervention auf die berufliche Lebensqualität zwischen zweier nicht randomisierten Gruppen zu bewerten, wurde nach dem Längsschnittansatz gearbeitet. Es wurden vor- und nach Tests durchgeführt. Sowie Schulungen zu CF.</p> <p>Die Interventionsgruppe benutze ein APP Provider Resilience mobile application (PRMA) für 6 Wochen</p> <p>Sampling Freiwillige wurden mittels eines Inserat rekrutiert. Sie mussten mindestens 18 Jahre alt sein, flüssig Englisch sprechen können, eine Vollzeit Anstellung auf der Onkologischen Station haben und ein smartphone besitzen.</p> <p>25 RN nahmen teil. Sie wurden in nichtrandomisierte Gruppen unterteilt. Interventionsgruppe mit 16 Teilnehmern und Kontrollgruppe mit 9 Teilnehmer.</p> <p>Datensammlung Eine berufliche Weiterbildung wurde für alle Teilnehmer gehalten, in welcher CF definiert wurde und die Aufmerksamkeit dafür gesteigert wurde.</p> <p>RN welche in der Interventionsgruppe waren, erhielten die Möglichkeit eine einfach zugängliche und bequeme Intervention zu testen. Die PRMA wurde ursprünglich vom Verteidigungsministerium entwickelt, um CF zu lindern bei sozial Arbeitern, PP und Ärzte, welche mit Militärdienstleistenden arbeiten.</p> <p>Die Teilnehmer der Interventionsgruppe downloadeten die App auf ihr Handy.</p> <p>Die Intervention und die Kontrollgruppe füllte den PROQOL einmal vor der Schulung und dem Download der App aus und einmal nach der 6-wöchigen Intervention.</p> <p>Instrumente PROQOL</p>	<p>Demografische und Arbeitsspezifische Charakteren wurden mit dem Chi-Square und dem Fischers exact test verglichen und tabellarisch dargestellt. Der Durchschnitt des Sampels war 18-35J. alt, weiblich, 5 oder weniger Jahre Berufserfahrung. Mehr als die Hälfte waren ONS-Zertifiziert und hatten 5 Jahre oder weniger Erfahrung auf der Onkologie.</p> <p>Bivariate Verfahren zeigten, dass beide Gruppen vergleichbar sind in Alter, Geschlecht, Jahre als RN, Ausbildungsstand und Onk Erfahrung.</p> <p>Einem Teilnehmer machte das Thema CF Angst, während der Erhebung des PROQOL und er verließ die Studie frühzeitig.</p> <p>14 von 25 Teilnehmer hatten moderate Werte im STS test, vor der Intervention, 17 hatten hohe CS Werte und 15 tiefe Burnout-Werte.</p> <p>Beim Nachtest hatten 8 tiefe STS-Werte, 14 hohe CS-Werte und 12 tiefe Burnout-Werte.</p> <p>Es zeigten sich keine signifikanten Resultate beim Vergleichen von STS, CS und Burnout-Scores zwischen der Intervention und der Kontrollgruppe (Die Ergebnisse wurden Tabellarisch dargestellt.</p> <p>Der Qui-Square test und der Fischers exact test wurden</p>	<p>Es wurden keine signifikanten Resultate festgestellt. Die Autoren hätten einen umgekehrten Zusammenhang erwartet in der Interventionsgruppe zwischen dem Vor- und dem Nachtest für den STS-Score. Sie erwarteten einen positiven Zusammenhang in der Interventionsgruppe im Vortest zwischen Burnout und STS-Score</p> <p>Es waren keine signifikanten Ergebnisse zwischen dem vor- und nach Test innerhalb der Gruppe feststellbar und auch nicht innerhalb des ganzen Samples. Es sind nicht genug Datenerhoben worden, um etwas zu beweisen oder widerlegen zu können, eine grössere Studie ist nötig. Resultate müssen mit Sorgfalt interpretiert werden. Das Sample war zu kleine, eine ad-hoc Power Analyse zeigte die geringere statistische Aussagekraft, um die signifikanten Unterschiede zu erkennen.</p> <p>Die Teilnehmer waren nicht randomisiert, die Gruppen waren unterschiedlich gross. Dies hat eventuell zu fehlenden Unterschiede zwischen den zwei Gruppen geführt.</p> <p>Die Zeit welche die Teilnehmer im APP verbracht hatten, war sehr unterschiedlich, am Ende waren diese Daten nicht reliabel.</p> <p>Die PP waren alle von der selben Abteilung, auf diese Abteilung war das Handy währen der Arbeitszeit verboten. Die externen Quellen der Selbstpflege waren nicht messbar, da keine praktikable Methode in Verbindung mit dem PRMA zur Verfügung stand.</p> <p>Der PROQOL war ein herausforderndes Instrument da er nicht genügend Daten zur Verfügung stellt, um die Analyse zu machen. Die</p>

<p>gegen CF, wie Programme, Erinnerungswände, Ruheplätze, Anteilnahme Karten an die Familie oder Schulungsprogramme. Nicht viele Literatur existiert um die berufliche Lebensqualität der PP zu verbessern. Die meisten Studien war klein und hatten Samplings welche nicht generalisierbar waren. Bisher wurde keine Literatur gefunden zu technischen Interventionen.</p>	<p>PRMA Das Ziel von PRMA ist es, die Resilienz zu erhöhen angesichts, den Anforderungen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbringen müssen. Sie beinhaltet Psychoedukation über das Risiko von Burnout, CF und STS Methoden um das Burnout, CF, CS und STS-Level zu ermitteln, mit standardisierten Assessments und der visual analog Skala, welche benutzt werden kann um Symptome zu dokumentieren und Veränderungen zu verfolgen. Tools welche Erinnerungen senden, die Selbstpflege einzusetzen und kurze Interventionen zeigen um die Resilienz zu erhöhen und Burnout zu reduzieren. Die Resilienz Bewertung basiert auf der PROQOL-Einschätzung, der Burnout Bewertung, dem Resilienzbilder- und Killer-Fragebogen und dem letzte, selbsteingezeichneten Ferien Tag. Die Burnouteinschätzung wurde gemacht mit der visualanalog Skala, bei welcher die Teilnehmer sich selbst in 10 affektive-Domänen einschätzen konnten (happy, trapped, satisfied, preoccupied, connected, worn out, caring, on edge, valued, traumatized) Der Resilienzbilder- und Killerfragebogen, ist eine Umfrage zu Situationen, welchen die Teilnehmer eventuell schon mal begegnet sind. Zusätzlich hat es Erinnerungen wie etwas gemacht oder nicht gemacht werden soll, um die emotionale Resilienz zu fördern. Ist die Resilienzrate tief, ist der Teilnehmer wahrscheinlich mehr gefährdet an Arbeitsbedingtem Stress zu leiden. Der Teilnehmer wird darum von APP ermutigt, eines der eingebundenen Tools zu benutzen, wie zum Beispiel körperliche Übungen, Videos oder tägliche Bestätigungen, welche helfen sollen den positiven Teil ihrer Arbeit nicht zu vergessen. Die R&R-Clock zählt, wie viele Jahre, Monate, Wochen, Tage, Stunden, Minuten und Sekunden es her ist, seitdem der letzte freie Tag bezogen worden ist.</p>	<p>angewendet). Die Unterschiede innerhalb der Gruppen von vor- und nach der Intervention waren nicht signifikant. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren auch nicht signifikant (Ergebnisse tabellarisch dargestellt und mittels independent sampels t-test analysiert).</p>	<p>Autoren haben die Skalen von Hand geschrieben, was Zeit kostete.</p> <p>Praxistransfer Pilotstudie, eine grössere Studie ist nötig. Die nicht signifikanten Resultate könnten ein Zeichen dafür sein, dass diese App keinen Effekt auf die berufliche Lebensqualität hat von Onk PP. Um das zuzusagen, wäre aber eine grössere Studie nötig. Zukünftige Autoren müssten festlegen, wie sie mehr Informationen aus dem PRMA ziehen könnten.</p> <p>Conclusion Weitere Studien sind nötig um den Nutzen von Technologie in der CF- und Burnout-Prophylaxe und in der Resilienz bildung zu erforschen. CF ist ein grosses Problem in onkologischen Settings und es gibt wenig erforschte Interventionen. Ein grösseres Sempel ist nötig, um den potenziellen Effekt von Apps auf CF und Burnout in dieser Hochrisiko Gruppe zu erforschen.</p>
---	---	---	--

Würdigung der Studie: Effects of the use of the Provider Resilience Mobile Application in reducing Compassion fatigue in Oncology Nursing (Jakel et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet einen Teil unsere Fragestellung. Sie untersucht eine spezifische Intervention um CF auf onkologischen Bettenstationen zu reduzieren.</p> <p>Die Studie ist ebenfalls wichtig für die Berufspraxis. Es wird eine spezifische Intervention untersucht, welche heutzutage gut anwendbar sein könnte, da es sich um ein App handelt.</p> <p>Der Zweck der Studie wird beschrieben, es wird aber keine Forschungsfrage, keine Hypothese und keine Ziele definiert.</p> <p>In der Einleitung wird das Thema mit Literatur klar dargestellt. Es wird definiert was der Unterschied zwischen CF und Burnout ist. Die Risikogruppe wird erklärt und der Forschungsbedarf wird aufgezeigt.</p>	<p>Design Es wurde eine Quantitative, prospektive-quasiexperimentelle Studie durchgeführt.</p> <p><i>Quantitativ:</i> Die Forscher haben mit den vorgegebenen Fragebogen quantitative Datenerhoben.</p> <p><i>Prospektive:</i> Beim prospektiven Design wird eine Hypothese überprüft, zuerst wird eine Hypothese gestellt und danach werden Daten gesammelt um diese Hypothese zu bestätigen oder zu widerlegen (Daten entstehen erst nach dem die Studie begonnen hat). Die Forscher haben in dieser Studie spezifisch für ihre Fragestellung Daten gesammelt, somit passt dieses Design.</p> <p><i>Quasiexperimentell:</i> Beim Quasiexperimentellen Design wird eine Varianzkontrolle durchgeführt (es wird analysiert, ob die Stichprobe aus einer Population mit gleichen Mittelwerten stammen aber keine Randomisierung durchgeführt). Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe wurde in dieser Studie nicht randomisiert. Zur Varianzkontrolle äussern sich die Autoren nur in der Diskussion kurz, dort erwähnen sie, dass die ad-hoc power Analyse gezeigt hat, dass die Ergebnisse eine geringe statistische Aussagekraft haben.</p> <p>Die Interne Validität: Die Autoren wollten die berufliche Lebensqualität der onkologischen PP herausfinden, der PROQOL erhebt Daten zu STS, Burnout und CS. Die Reliabilität des Fragebogens ist gegeben und überprüft worden. PRMA ist vor allem auf die Resilienzbildung aus.</p> <p>Die externe Validität: Die Charakteristiken der beiden Gruppen wurden erhoben und verglichen. Die Studie wurde auf einer einzigen Onkologischen Station in Kalifornien durchgeführt. Es wäre eventuell sinnvoll gewesen mehrere Stationen in verschiedenen Spitälern einzubeziehen um die Übertragbarkeit besser zu gewährleisten. Das kleine Sampling verringert die Übertragbarkeit ebenfalls und es wurde keine sample size calculation durchgeführt. Die Gesundheitseinrichtungen in Kalifornien können aber wahrscheinlich mit denen der Schweiz verglichen werden.</p> <p>In der Diskussion wird erwähnt, dass es sich um eine Pilot-Studie handelt, somit müsste eine Folgestudie gemacht werden um die extern Validität gewährleisten zu können.</p> <p>Stichprobe: Das Quantitative Design hätte eine grössere Stichprobe verlangt. Da die Stichprobe so klein ist, muss auch Vorsicht geboten werden beim Übertrag auf die Population. Die Autoren erwähnen in ihrem Forschungsziel „onkologische PP“, sie schränken die Population nicht mehr ein. Die Autoren sprechen von einem Drop-out, die Person soll während dem Fragebogen vor der Intervention ausgetreten sein. Sie sprechen aber immer von 25 Teilnehmern, es kann darum davon ausgegangen werden, dass die Daten der Person nie in der Studie eingeschlossen wurden.</p>	<p>Keine signifikanten Resultate. Die Durchschnittspopulation wird festgestellt.</p> <p>Dadurch, dass die in der App verbrachte Zeit nicht berechnet werden konnte und davon ausgegangen wird, dass die Zeit stark variiert, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu verallgemeinern.</p> <p>4 Tabellen und 2 Figuren. Sind jeweils im Text kurz erwähnt und mit Notes ergänzt um weitere Infos anzufügen. Teilweise fehlen aber Infos, dadurch sind die Tabellen/Figures schwer zu interpretieren.</p>	<p>In der Diskussion wird wenig auf die Resultate eingegangen, sondern mehr auf die Limitationen. Wahrscheinlich, weil es keine signifikanten Resultate gab. Ergebnisse aus anderer Literatur wird nicht einbezogen.</p> <p>Die Forscher kommen nicht wieder auf ihre „Motivation“ zurück.</p> <p>Die Autoren haben die Limitationen klar und kritisch dargestellt. Die Anwendbarkeit der Studie ist fraglich, da keine signifikanten Resultate gefunden wurden und die Übertragbarkeit bei einem kleinen Sampling nicht gewährleistet ist. Es wird erst hier erwähnt das es sich um eine Pilotstudie handelt. Es wird ein Praxistransfer gemacht, darin wird aber nicht wirklich einen Bezug zur Praxis hergestellt. Die Skalen wurden von Hand verfasst, was die Fehlerquellen erhöhen könnte und die Objektivität gefährden könnte.</p>

	<p>Die Interventionsgruppe hat 16 Teilnehmer, die Kontrollgruppe nur 9. Die Gruppen wurden nicht randomisiert. Die Charakteristiken der Gruppen wurden verglichen. Die Forscher überprüften die Charakteristiken anhand bivariaten Analysen und schrieben das die Analysen zeigten, dass die Gruppen vergleichbar waren. Sie erwähnen hier den chi-square und den Fischers exact test. <i>Chi-Square</i> wird angewendet, um zu prüfen, ob sich eine empirisch beobachtete Verteilung einer nominale Variable von einer bestimmten theoretisch erwarteten Verteilung unterscheidet. Erhobenen Variabeln der Charakteristikas:</p> <p>Alter (18-35 / 16 und älter) → Nominal Geschlecht → Nominal Jahre als PP (0-5 / 6 oder mehr) → Nominal Ausbildung (Associate, Bachelor, Master) → Nominal Zertifizierung Onko (Ja/Nein) → Nominal Onkoerfahrung (0-5/ 6 oder mehr Jahre) → Nominal Der Quisquare test ist ein non parametrisches Verfahren, somit muss nicht geprüft werden ob die Daten normalverteilt sind. <i>Fischers exact</i> Stellt keine Voraussetzungen an den Stichprobenumfang (Qui-Square schon) → Die Autoren haben kein sample size berechnet, ihre Stichprobe ist aber für eine Qualitative Studie klein. Es wurde nirgends erwähnt was genau mit dem Qui-Square und was mit dem Fisher's test berechnet wurde...</p> <p>Es wurde eine Tabelle dazu erstellt in welchen die Werte gegenübergestellt wurden und der p-Wert ersichtlich ist. Der p-Wert wird nicht extra definiert. Die Autoren haben mit Hilfe den Charakteren geprüft ob diese Gruppen vergleichbar sind.</p> <p>Datenerhebung Alle Teilnehmer (Kontroll- und Interventionsgruppe) nahmen an einer Infoveranstaltung teil → Gibt Chancengleichheit. PROQOL wurde vor der Infoveranstaltung und nach 6 Wochen Intervention erhoben → Wieso nicht nach der Infoveranstaltung... Dies hätte sichergestellt, dass alle etwa auf dem gleichen Stand gewesen wären. Nach 6 Wochen Intervention macht Sinn. Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmer gleich durchgeführt.</p> <p>Messverfahren/Intervention PROQOL: Fragebogen ist auf seine Reliabilität überprüft worden. PRMA: Wurde von anderen entwickelt, nichts zu finden bezüglich Gütekriterien. Da die App von anderen hergestellt wurde und von den Verfassern der Studie hoffentlich überprüft worden ist, könnte man dies als Beurteilung durch eine zweite Experten Meinung zählen. Voraussetzung um an der Intervention teilzunehmen, ist ein Mobiltelefon zu besitzen, da heute praktisch jeder ein solches besitzt ist dies denke ich kein Problem. Jedoch hat es einen grossen Einfluss, wie viel Zeit am Handy verbracht wird und ob es erlaubt ist, das Handy am Arbeitsplatz zu benutzen.</p> <p>Datenanalyse Wird praktisch nicht beschrieben, in den Tabellen wird jeweils kurz erwähnt mit welchem Test sie zu den Resultaten kamen. Tabellen zu "Levels of proQOL Subscales for secondary traumatic stress, CS an Burnout by</p>		
--	--	--	--

	<p>group“ → chi-Square test and fisher's exact test.</p> <p>Skalenniveau: Nominal (low, average, high), passt zu den gewählten Verfahren. Es wird nicht beschrieben welchen Test für was. Ist Sampling für Chi-Square nicht zu klein? Kein p-Wert definiert.</p> <p>Tabelle mit Vergleich der Ergebnisse von Vor- und Nachtest. → independent samples t test wurden angewendet um Daten zu analysieren.</p> <p>P= Irrtumswahrscheinlichkeit</p> <p>Mean Difference in PROQOL Subscale Score wurden in einem Balkendiagramm dargestellt, dieses ist unübersichtlich und schwer zu interpretieren.</p> <p>Das Signifikanzniveau wird nicht definiert.</p> <p>Ethik</p> <p>Keine Aussage ob Ethik überprüft worden ist.</p>		
--	--	--	--

Güte:

Objektivität:

- + Standardisierter Fragebogen
- + „Öffentliche“ App
- f Skalen wurden von Hand erfasst
- Nur auf einer Station erhoben → Übertragbarkeit fraglich
- Keine Samplesize calculation

Reliabilität

- + Geprüfte Fragebogen
- f sehr kleine Stichprobe (I=n:16/K=n:9)
- Kein Einverständnis von Ethik Komitee
- In der App verbrachte Zeit konnte nicht erhoben werden

Validität

- f Keine Forschungsfrage, Ziele und Hypothese formuliert
- AdHoc-Poweranalyse zeigt geringe Aussagekraft
- Pilotstudie

Evidenzlage:

Stufe 1

Zusammenfassung der Studie: An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. (Perry et al., 2011)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Krebs ist eine lebensbedrohliche Krankheit die oft physisches, emotionales und/oder spirituelles Leid mit sich zieht. Onk PP tragen viel der Verantwortung für die Pflege dieser Patienten. Die Komplexität der notwendigen Pflege, kombiniert mit der eventuell intensiven PP-Pat. Beziehung in einem onkologischen Setting, setzt Onk PP einem hohen CF Risiko aus. Demzufolge, sind sie der Fokus dieser Studie. Bis jetzt ist CF trotz dem hohen Risiko ein unerforschtes Phänomen in dieser Gruppe. Diese deskriptive, explorative, qualitative Forschung investiert in die Erlebnisse von Onk PP in Canada mit CF.</p> <p>Die Daten zeigen, wie Onk PP CF definieren, Faktoren die es hervorrufen, verschlechtern oder mildern und die Auswirkung von CF in dieser Gruppe. Ein Stress-process-model, welches den Stress von Pflegenden in 4 Domänen unterteilt, bietet einen Rahmen für die Analyse und Empfehlungen.</p> <p>Diese Studie ist wichtig, da sie ein Phänomen untersucht, welches einen schlechten Einfluss auf das Wohlbefinden von Onk PP und indirekt auch für ihre Patienten haben könnte. PP welche nicht selbst ganz gesund sind, können keine optimale Pflege bieten. Mehr von CF bei Onk PP zu verstehen, ist der erste Schritt um Strategien zu entwickeln und umzusetzen, welche Pflegende vor CF schützen und minimieren.</p> <p>Auch wenn bereits viele genaue Definitionen zu CF bestehen, bleibt eine Unsicherheit bezüglich des Begriffes. CF zählt zu einer Reihe von Begriffen, welche den Effekt auf jemanden beschreibt, der Leute mit einem Trauma pflegt. Andere manchmal gleich verwendete Begriffe sind: vicarious traumatization (VT), secondary</p>	<p>Deskriptive, explorative, qualitative Studie</p> <p>Zielt das Erleben von CF bei Onk PP in Canada aufzuzeigen.</p> <p>Der Zweck der Studie war es, herauszufinden, wie Onk PP ihre Erlebnisse mit CF beschrieben. Die Resultate informieren eventuell zukünftige Forscher über dieses Thema. Der Fokus wurde begrenzt auf Faktoren, welche CF auslösen, verschlechtern oder lindern.</p> <p>Die Studienfrage war: „Wie beschreiben Onk PP ihr Erleben mit CF?“.</p> <p><i>Conceptual Framework</i></p> <p>The stress process model bildete den Rahmen dieser Studie. Es prüfte den Stress von Pflegenden in 4 Domänen: Der Hintergrund und Kontext des Stresses, der Stressfaktor, der Vermittler des Stresses, die Outcomes oder Manifestationen des Stresses.</p> <p><i>Sampling</i></p> <p>Bevor sie mit dem Rekrutieren begannen, wurde die ethische Einverständnis von der Athabasca University research Ethic Board gegeben. Teilnehmer waren RN's welche eine erweiterte Ausbildung mit dem Schwerpunkt „cancer care“ haben und die Mehrheit ihrer Arbeitszeit damit verbringen Pat. mit Krebs zu pflegen.</p> <p>19 Teilnehmer wurden mittels Inserat im CONJ gefunden.</p> <p>Einschlusskriterien: Anstellung als onk PP, Erfahrung mit CF, Internetzugang, Englisch o. französisch Kenntnisse → Tabelle 1</p> <p><i>Datacollection</i></p> <p>Potenzielle Teilnehmer reagierten auf die nationale Stellungsauusschreibung, in dem sie zu einer sicheren Forschungswebsite gingen, die speziell für diese Studie entwickelt wurde, auf der sie sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, einen Online-Fragebogen auszufüllen und eine narrative Beschreibung, ihres Erlebnis mit CF machten.</p>	<p>→ Tabelle mit Zitaten</p> <p>Definition CF: Viele erzählten von Erfahrungen, gaben aber an, nicht genau zu wissen was CF ist und wie es sich z.B. von Burnout unterscheidet.</p> <p>Ursachen CF: Mangelnde Unterstützung Kombination von hohen Erwartungen an sich selber und anderen und die limitierte Unterstützung, scheint ein Vorläufer von CF zu sein.</p> <p>Mangelndes Wissen zu CF PP berichtete, dass wenn sie mehr über CF die Symptome gewusst hätten, hätten sie früher handeln können.</p> <p>Mangelnde Zeit/Möglichkeiten um qualitativ hochstehende Pflege zu bieten</p> <p>Faktoren welche CF verschlimmern: Nicht in der Lage zu sein das Leiden zu mindern: PP beschrieben „Hilflosigkeit“. Viele sagten sie wählten die Onk weil sie Leuten helfen wollten, welche ihre Hilfe wirklich benötigten. Wenn sie nicht helfen konnten fühlten sie Unstimmigkeit.</p> <p>Zusätzliche physische und emotionale Belastung ausserhalb der Arbeit: Wie persönliche Gesundheitssituationen, kombinierte Stressoren zu Hause und bei der Arbeit.</p> <p>Übermässige emotionale Beziehung/Einbindungen: Meistens eine Bereicherung wenn es zu intensiv wird, wird es zu einer Belastung.</p> <p>Folgen von CF: Ausgeprägte geistige und körperliche Müdigkeit: Zeigte sich bei vielen als 1. Anzeichen; ausgeprägt und fortschreitend, Schweregefühl auf der Brust, Kloss im Hals, nebelige Gedanken, den Tränen nahe sein. Es wurden keine physiologischen Ursachen</p>	<p>Mit Hilfe des stress Process Model (Aneshensel et al. 1995)</p> <p>Primary Stressor: Diverse wurden genannt, z.B. dem Leid von Patienten ausgesetzt sein und Unfähig sein leiden zu lindern.</p> <p>Secondary Stressor Fehlende Unterstützung von Kollegen und Verwalter, umstände im privaten Alltag</p> <p>Schlichtende Bedingungen (mediation condition): Unterstützung, Reife und Erfahrung</p> <p>Hintergrund und Zusammenhang (background + context factors) Länge der Betreuung intimität der Beziehung zu Pat und Familie, Intensität der Krankheit und Therapie</p> <p>Outcome: Alle Teilnehmenden berichteten, dass sie etwas unternehmen mussten um mit der CF umgehen zu können; Job Wechsel, in eine Rolle zu wechseln die mit weniger Leid konfrontiert ist, Intensität der Pat. Beziehung zurückschreiben, Anpassung der Einstellung, wahrnehmen, dass das Leben nicht fair ist, die Arbeit als Möglichkeit zu sehen, dass eigene Leben erfüllender zu machen.</p>

<p>traumatic stress disorder (STD), post-traumatic stressdisorder (PTSD), moral distress (MD), und burnout.</p> <p>Alle diese Begriffe haben etwas gemeinsam, der Schwerpunkt liegt auf den physischen und psychischen einbußungen der Pflege, welche Pflegende erfahren. Der Konsens ist, egal welchen Begriff man wählt, die Arbeit mit Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten und leidenden Menschen kann gesundheitsschädliche Folgen haben. CF unterscheidet sich von den anderen Syndromen, die Pflegende erfahren. Zum Beispiel bei VT, PTSD, PTSD sind die Pflegenden einem speziellen traumatisierenden Event ausgesetzt, bei CF ist die Pflegende der traumatisierten Person ausgesetzt., es geschieht eine unbewusste Absorption von dem Trauma dieser Person.</p> <p>Autoren erklären Unterschied von CF und Burnout.</p> <p>Moral Distress entsteht in Verbindung mit ethischen Herausforderungen, welche bei der Arbeit mit schwerkranken entstehen, wenn die Pflegende weiss, was „richtig“ wäre, es aber nicht macht oder machen kann.</p> <p>Cf ist in vielen Gesundheitsberufe vertreten. Studien zeigen, dass PP speziell gefährdet sind, weil Empathie und Mitgefühl Kernpunkte ihrer Arbeit sind.</p> <p>Trotz dem hohen Risiko für Onk PP, gibt es wenige Studien in dieser Risikogruppe.</p> <p><i>Health Consequences of CF</i></p> <p>CF kann Einfluss auf Kognition, Emotion, Verhalten, Beziehungen, Somatik, Arbeitsleistung und Spiritualität haben. Dies kann dazu führen, dass PP ungesunde Veränderungen in deren Ansichten über sich selbst. Andere und die Arbeit bekommen.</p>	<p>Alle Daten wurden elektronisch dem Principal Investigator (PI) übermittelt. Die Daten wurden in geschützten Computer aufbewahrt. Alle Daten wurden nach dem ethischen Guidelines by AUREB behandelt.</p> <p><i>Dataanalysis</i></p> <p>Die Daten wurden gelesen und re-gelesen von allen 3 Autoren. Signifikante Statements und die möglichen Bedeutungen davon wurden allen Autoren identifiziert. Während dem Leseprozess wurden die Autoren angehalten, ihre Einstellungen und Annahmen zu dem Phänomen für sich zu behalten, um die anderen nicht zu beeinflussen. Als dieser Prozess abgeschlossen war, wurden die Ergebnisse im Team besprochen.</p> <p><i>Trustworthiness und Limitation</i></p> <p>Um die Vertrauenswürdigkeit der Daten zu gewährleisten, wurden die Daten Wortgetreu präsentiert. Die unterschiedlichen Samplings erhöhen die Glaubwürdigkeit der Daten, da verschiedene Standpunkte miteinbezogen wurden.</p> <p>Die unabhängige Datenanalyse der Forscher und der Probegang halfen die Glaubwürdigkeit der Autoren und die Beweisbarkeit zu gewähren.</p> <p>Als Limitation wurde die kleine Teilnehmeranzahl gesehen, da dieser nur ein kleiner Prozentsatz aller Onk PP in Canada ist.</p>	<p>dafür gefunden.</p> <p>Negative Einflüsse auf Beziehungen: Jemand hat CF als Grund für die Scheidung angegeben. Verbrachten weniger Zeit mit Freizeitaktivitäten. Sie gaben an, dass sie zynisch wurden und uninteressiert wirkten was sich negative auf Beziehungen auswirkt.</p> <p>In Erwägung ziehen zu kündigen Einige erwähnten, die Onkologie oder sogar die Pflege zu verlassen.</p> <p>Gegebenheiten die CF verhindern Kollegiale Unterstützung Fokussiert auf emotionale Unterstützung die sie von Arbeitskollegen bekamen. Peersupport und Coaching von neuen Pflegenden wurde erwähnt.</p> <p>Work-life Balance: Zeit für sich selbst nehmen, erfüllter Alltag ausserhalb des Spitäles</p> <p>Kontakt haben mit anderen: Beziehungen sowohl mit Patient und Angehörige wie auch im Privatleben</p> <p>Anerkennung: Reife und Erfahrung: Teilnehmer berichteten mit zunehmender Erfahrung besser mit CF umgehen zu können. Sie lernten zu interventionieren und leiden zu mindern. Sie berichteten davon, gelernt zu haben eine andere Perspektive des Lebens einzunehmen.</p>	<p>Mögliche Interventionen um CF zu lindern Bildung zu CF erhöhen PP müssen wissen, dass sie eventuell gefährdet sind um früher eingreifen zu können bei sich und anderen Teamwork und Kollegiale Unterstützung fördern Programme und Strategien die das Teamwork fördern Philosophie „es gibt immer etwas was sie tun können“. Ausbildner und Verwalter müssen zu glauben geben, dass immer etwas gemacht werden kann gegen das Leiden, um Hilflosigkeit zu vermeiden, kreatives Denken anzuregen, aktiv zu werden und nicht aufzugeben. Diskussionen zu angemessener emotionaler Bindung Auch ein Thema welches noch mehr erforscht werden könnte.</p> <p><i>Concluison</i></p> <p>Die Studie liefert Infos über wie die Canada Onk PP CF definieren, Faktoren die Cf auslösen, lindern/verschlimmern, Folgen von CF. Empfehlungen für die Praxis wurden gemacht.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie: An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. (Perry et al., 2011)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen ist relevant für die Pflege, dies wird dargestellt und begründet.</p> <p>Phänomen beantwortet ein Teil unsere BA-Fragestellung.</p> <p>Die Ziele werden im ersten Teil der Einführung angeschnitten, jedoch nicht differenziert dargestellt. Im Methoden Teil werden sie noch einmal erwähnt.</p> <p>Forschungsfrage wird in der Einleitung nicht erwähnt, erst im Methodenteil</p> <p>Das Thema wird ausführlich mit Literatur diskutiert, dabei wird auch die Signifikanz angesprochen.</p>	<p><i>Design</i> Deskriptive, explorative, qualitative Studie Explorativ macht Sinn bei einem bis jetzt nicht sehr erforschten Gebiet und Datenerhebung mit Interviews. Die Forschenden haben das richtige Design gewählt, da sie eine Phänomen "Erleben von CF" beschreiben möchten.</p> <p><i>Stichprobe</i> 19 Personen sind legitim für Qualitatives Forschungsdesign. Laut Forscher ist die Population „Canadische Pflegefachpersonen der Onkologie“ – Inseriert wurde im CONJ - eventuell zu wenig um auf ganze Population zu schliessen. Nur Frauen → nicht übertragbar auf männlicher Anteil. Es wurde keine Datasaturation gemacht. Daten der Teilnehmer Tabellarisch dargestellt, gut! Teilnehmende sind geeignet, da sie alle schon CF erfahren haben und alle mal auf als Onkologie PP gearbeitet hatten oder immer noch arbeiten.</p> <p><i>Datenerhebung</i> Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben. Die Vorgehensweise ist ungenau dargestellt. Es wird nur beschrieben, dass ein Online Fragebogen ausgefüllt wurde und eine narrative Beschreibung zu ihrem CF-Erlebnis gemacht wurde. Die Forscher gehen nach der ethischen Guidelines einer Universität vor.</p> <p><i>Methodologische Reflexion</i> Schwer zu beschreiben, ob die Vorgehensweise sinnvoll ist, da die Forscher wenig darüber schreiben.</p> <p><i>Datenanalyse</i> Klar und verständlich beschrieben. Keine Angaben zu Analysemethoden. Die Datenanalyse wird von 3 Autoren individuell gemacht und dann miteinander verglichen (experten Blick). Die Glaubwürdigkeit wird in einem eigenen Abschnitt überprüft. Es wurde einen „audit trail“ durchgeführt, dieser wird aber nur kurz erwähnt und nicht genauer beschrieben. Analytische Entscheidungen werden nicht nachvollziehbar überprüft.</p> <p><i>Ethik</i> Die Autoren bekamen vor der Durchführung ein ethisches Einverständnis und handelten nach ethischen Guidelines.</p>	<p>Ergebnisse präsentieren die präzise Analyse → Tabelle 2 zeigt Zitate zu den jeweiligen Kategorien der Ergebnisse.</p>	<p>Die Ziele und Forschungsfrage werden beantwortet.</p> <p>Die Autoren verbinden Diskussionsteil ihre Ergebnisse mit dem „stress process model“ (Aneshensel et al.1995), ansonsten aber nicht mit Literatur ergänzt.</p> <p>Die Ergebnisse sind relevant und brauchbar.</p> <p>Es wird ein ausführlicher Praxistransfer gemacht. Limitationen werden nur im Methodenteil aufgezeigt, die Ergebnisse werden nicht mehr kritisch hinterfragt von den Autoren.</p>

Güte: (nach Lincoln & Guba 1985)

Confirmability (Bestätigung):

- + Die Daten werden von allen Autoren individuell gelesen und bewertet. Sie führten einen „audit trail“ durch, welcher aber nicht genauer beschrieben wird.
- Es wurde kein Member-checking und keine Sättigung der Daten gemacht.

Dependability (Zuverlässigkeit):

- + Datenanalyse wurde mit den Wortgetreuen-Texten durchgeführt, es wurde eine Tabelle mit demografischen Daten des Samplings aufgestellt, die Forscher handelten nach den ethischen Guidelines der AUREB
- f Daten wurden erst am Schluss der Analyse untereinander verglichen und besprochen (+/-), Daten wurden von keinem externen Gremium überprüft, Fragebogen ist nirgends ersichtlich → unklar, was genau erfragt wurde, wie strukturiert der Fragebogen war etc.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- + Daten wurden Wortgetreu verwendet und Zitate sind erwähnt, Triangulation durch Lesen aller Autoren, mit unterschiedlichen Ausbildungen und Hintergründen
- f Limitation werden nur nach der Methode kurz erwähnt, am Ende der Studie nicht (Ergebnisse werden nicht kritisiert)

Transferability (Übertragbarkeit):

- + Ergebnisse werden einem Modell von anderen Autoren zugeteilt
- Fragebogen wird nicht beschrieben oder beigelegt

Evidenzlage:

Stufe 1

Zusammenfassung der Studie: Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. (Wu et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Onkologische Pflegenden bauen Beziehungen zu ihren Patienten und deren Familien auf, dies kann zu immenser emotionaler Belastung, Trauer und Kummer führen. Die PP sind oft in traumatische Ereignisse involviert wie Tod oder schlechte Prognosen zu tödlichen Krankheiten. Die Umstände im Gesundheitssystem haben zur Folge, dass limitierte Ressourcen zur Verfügung stehen, wenig Support aus dem Management gezeigt wird, eine hohe Arbeitsbelastung entsteht und schwer kranke Patienten betreut werden. Dies macht die gefühlsvolle Pflege unmöglich. Routine, dauernd dem Leid ausgesetzt zu sein und der Druck qualitativ hochstehende Pflege leisten zu müssen führt zu Burnout und CF. CF: Entsteht wenn eine PP den Patient nicht vor Leid schützen kann, was Schuldgefühl hervor rufen kann. Es entsteht langsam, hat Langzeit Folgen und ist schwer zu bekämpfen. Burnout: Entsteht wenn Ziele nicht erreicht werden können, dass kann zu Frustration und Kontrollverlust führen. Es entsteht schnell, wenn der Stressor entfernt wird, setzt meist Heilung ein. Die zwei in der Studie eingeschlossenen Länder, arbeiten nach anderen Systemen. In der USA wird einem nonuniversal healthcare system gefolgt. In Canada einem universal healthcare system. Angesichts dieser verschiedenen kontextuellen Faktoren ist es wichtig zu erkennen, wie sich die Wahrnehmung und die Erfahrungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern mit unterschiedlichen Niveaus der unterstützenden Arbeitsumgebung aufgrund der politischen, persönlichen, institutionellen oder geografischen Rahmenbedingungen der Krebsbehandlung unterscheiden können. Ziel: Erfahrungen von PP zu CF, Burnout und CS zu</p>	<p>Es wurde eine Quantitative, descriptive, nonexperimentale Studie durchgeführt, da Umfragen verwendet wurden um Daten zu erheben (PROQOL und Abendroth Demographic questionnaire). Die Bedürfniss Pyramide nach Maslow und die „Theorie of Human Caring“ von Watson, wurden in de Studie eingebracht. Das „ethics research comitte“ an der California State University Long Beach gab die ethische Bewilligung. Population/Datensammlung: Mitglieder der „Canadian Association of Nurses in Oncology“ (CANCO), und der „Oncology Nursing Society“ (ONS) wurden rekrutiert. Einschlussfaktoren waren, das die PP RN (inklusive Advanced practice nurses) waren, in einem onkologischen Setting arbeiteten und momentan eine Rolle mit direktem Patienten Kontakt übernehmen. Es entstand ein willkürliches Sample aus der Mailliste von CANO und ONS. CANADA: alle Mitglieder von CANO wurden eingeladen. USA: 5000 radomisierte Mitglieder wurden eingeladen. Interessierte konnten über einen Link zur Umfrage gelangen. Die Umfrage blieb für 6 Wochen aktiviert, 1 Woche bevor die Umfrage geschlossen wurden, wurde ein Erinnerung Mail verschickt. Analyse: Die Antworten wurden codiert und in SPSS Version 22.0 eingefügt. Der Chi-Square-Test of independence wurde verwendet um zu berechnen, ob demografische, persönliche, gesundheitliche und geschäftliche Faktoren einen Einfluss auf die Ausprägung von CF, CF und Burnout haben. Der p-Wert für Signifikanz wurde auf 0.05</p>	<p>Es waren 63 Teilnehmende aus Canada und 486 aus der USA. Insgesamt 549 Teilnehmende. Die Demografischen Gegebenheiten waren in beiden Gruppen ähnlich, der einzige grosse Unterschied waren die Berufserfahrung auf Onkologischen Stationen. In der USA war der Durchschnitt 2-5J, in Canada 21-25J. Beide Länder zeigten ein hohes Level an CS und ein tiefes Level in CF und Burnout. Jüngere PP (<40J.) waren öfters auf einem mittleren bis hohen Niveau bei secondary traumatic stress als ältere PP. Dies zeigt, dass sie ein höheres Risiko für CF haben aber dies nicht anzeigt, da sie noch keine Erfahrung mit Burnout gemacht haben. Erfahrene PP (26. Oder mehr Jahre), hatten das tiefste Level des secondary traumatic stress. PP mit tieferen Abschlüsse hatten öfters ein hohes CS Level. PP aus der USA welche an Depressionen, PTSD und Kopfschmerzen litten, waren gefährdeter mittel-höhere secondary traumatic stress zu erleiden und hohe Level in Burnout zu haben, was zu signifikant höheren CF-Level führt. Canadische PP welche unter Kopfschmerzen litten zeigten ein hohes Level an secondary traumatic stress und Burnout. Depression und PTSD zeigten keine assoziation mit secondary traumatic stress oder burnout. USA und Canada zeigte wenn die PP unter finanzproblemen litten zeigten sie höherer Level secondary traumatic stress und CF. Der CF Score wurde erhöht, wenn die PP eine traumatischen Tod entdeckt hatte oder wenn sie persönliche und psychologische Bedürfnisse opfern mussten um Patienten zufrieden zu stellen. Dies kann durch ein gutes Teamwork</p>	<p>Ein gutes Team und Arbeitsumfeld senkt die CF und Burnout Level. Die Teamkultur hilft Personal zu erhalten, so können Kosten gespart werden, da Personalwechsel teuer sind. Die Retention der Pflegenden hilft nicht nur die Pflegeknappheit zu bekämpfen und die Arbeitszufriedenheit zu steigern sondern auch im Beziehungsaufbau zu den Patienten, da die Kontinuität gewährleistet wird und die interprofessionelle Kommunikation besser funktioniert. Auch wenn die Mensch zu Mensch pflege gesellschaftlich noch allgegenwärtig ist, haben die Fortschritte in der Technologie dazu geführt, dass PP mehr Fähigkeiten benötigen und technisch versierter sein müssen. Dies stellt ein höheres CF und Burnout Risiko dar. Die Unstimmigkeit zwischen sozialen und institutionellen Vorstellungen erhöhen den Druck auf die PP. Die physikalische und mentale Gesundheit der PP könnte die Qualität und Sicherheit der Patientenpflege beeinflussen. Die Kombination von hohen CF und hohem Burnout Level rechtfertigt eine Einschätzung zu depression und PTSD, da diese Erkrankungen sekundär zu CF und Burnout auftreten könnten. In Canada bestand kein Zusammenhang zwischen den Scores und Depression und PTSD, dies könnte auf die Stigmatisierung der psychischen Krankheiten zurück zu führen sein. Da diese Studie aber vielmehr Teilnehmer aus den USA als aus Canada mit einbezieht, sind weitere Studien dazu nötig. Bereits einige Studien haben gezeigt, dass junge PP ein höheres Risiko haben an CF zu erkranken. Ältere PP haben mehr Erfahrung und Fähigkeiten um in schwierigen Situationen zu handeln. Zudem sind erfahrene PP eventuell gewillter Überstunden zu machen um positives</p>

<p>erkunden. Unterschiede zwischen USA und Canada in Erfahrungen mit CS, CF und Burnout zu erfahren. Fragen: Welche demographischen, persönlichen, gesundheitlichen und arbeitsbedingten Faktoren haben einen Einfluss auf das Risiko an CF oder Burnout zu erkranken bei PP in Canada oder der USA. Was ist das Verhältnis zwischen CF, Burnout und der CS der Onkologiekrankenschwestern in den Vereinigten Staaten im Vergleich zu den Krankenschwestern in Kanada, angesichts der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und der Irritation der Gesundheitsversorgung?</p>	<p>gesetzt.</p>	<p>gepuffert werden, welches CF und Burnout senkt und CS steigert. PP welche mehr Stunden arbeiten und mehr Todesfälle erlebt haben (30 oder mehr) zeigten ein höheres Level of CS. USA und Canada zeigten beide höheres CF level wenn persönliche und psychologische Bedürfnisse der PP zurück gesteckt werden mussten um Patienten zu pflegen. (Tabelle vorhanden zu Demografischen Charakteren der Ländern und übersicht der Punkte und Level von CS,CF und Burnout / Endresultate umständlich beschrieben, keine Tabelle zu Demografischen begebenheiten und deren Einfluss auf CS, CF und Burnout)</p>	<p>Feedback zu bekommen was helfen könnte zu verstehen, wieso PP welche mehr arbeiten einen höheren CS Score haben. In dieser Studie zeigten PP mit einem höheren Abschluss höheres CS Level. In andere Literatur ist aber zu lesen, dass PP mit höherer Ausbildung mehr gefährdet sind für Burnout und CF. Höher ausgebildete Krankenschwestern müssen möglicherweise eine höhere Leistungsschwelle am Arbeitsplatz erreichen, um die Zufriedenheit am Arbeitsplatz zu spüren. Sie können auch Inkongruenz zwischen persönlichen Erwartungen und der Realität der onkologischen Pflege erfahren. Zusätzlich wurden hier advanced practice nurses eingeschlossen, welche normalerweise in ambulanten Settings arbeiten und weniger mit akuten Situationen zu tun haben. Limitations: Es waren nur wenige Teilnehmer aus Canada, darum können die Ergebnisse eventuell nicht generalisiert werden. Es waren fast keine männlichen Teilnehmer dabei, darum kann nicht auf die männliche Population geschlossen werden. Die grosse Altersspanne des Sampling führt eventuell dazu, dass Alterslücken entstehen und dieser Studie scheint das Alter eine wichtige Rolle zu spielen. Die APN sollten von den Pflegenden auf den Abteilungen getrennt werden, um zu sehen ob es Unterschiede gibt. Praxis: Ein unterstützendes Arbeitsklima ist sehr wichtig, Strategien, Guidelines und psychosozialen Support sollten angeboten werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von onkologischen PP und PP auf anderen Stationen wären spannend zu erforschen. PP benötigen Werkzeuge um sich selbst zu pflegen, weitere Studien wären nötig um herauszufinden wie.</p>
--	-----------------	---	---

Würdigung der Studie: Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. (Wu et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studie beantwortet unsere BA-Fragestellung nur teilweise. Da sie vor allem den Unterschied zwischen USA und Canada herausfinden möchte. Das universale Gesundheitssystem von Canada ist diesem der Schweiz ändlich, darum können die Ergebnisse wahrscheinlich auf die Schweiz übertragen werden. Die Forschungsfragen und Ziele sind klargestellt. Der Forschungsbedarf wird nicht klar oder gar nicht aufgezeigt.</p>	<p>Design Das quantitative Design macht in diesem Fall Sinn. Die Forscher möchten die Prävalenz zweier Länder herausfinden. Um die Resultate auf die Population eines gesamten Landes zu übertragen müssen Quantitative Daten erhoben werden. <i>Descriptive</i> → Ziele der deskriptiven Forschung können sein: Zielgruppen zu beschreiben Häufigkeiten zu berechnen Voraussagen zu treffen In diesem Fall wurden Häufigkeiten berechnet <i>nonexperimentale</i> → es wird kein Phänomen untersucht, es gibt keine Intervention und Kontrollgruppe, da auch keine Intervention geprüft werden soll.</p> <p>Die Interne Validität ist gegeben, da die Autoren bereits geprüfte Fragebogen zur Erhebung der Variablen verwendeten. Die externe Validität ist ebenfalls gegeben, die Autoren messen das, was sie untersuchen möchten.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobengrösse ist passend zum Design. Die Aufteilung zwischen Amerikanischen und Canadischen Teilnehmer ist unglücklich, da die Amerikaner eine viel grössere Gruppe bildeten. Die Canadische Gruppe hat zu wenig Teilnehmer und kann nicht auf die Landsleute generalisiert werden. Zudem sind fast keine Männer in der Stichprobe. In der Pflege ist jedoch der Prozentsatz an Männer ebenfalls viel kleiner. Trotzdem würde ich aufpassen, wenn die Ergebnisse auf Männer oder gemischt Gruppen generalisiert werden sollen. Die Ergebnisse dürfen nur mit Vorsicht übertragen werden. Es wird nicht erklärt, warum allen CANO Mitglieder eine Mail geschickt wurde, aber nur 5000 der ONS Mitglieder ausgewählt wurden. Auf Grund der kleinen Teilnehmerzahl aus Canada, gehe ich davon aus, dass ONS viel mehr Mitglieder hat, dies ist aber Spekulation und wird im Text nicht erwähnt. Die durchschnittlichen Jahre an Berufserfahrung unterschieden sich stark in beiden Gruppen (Canada 21-25J/USA 2-5J)</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung erfolgte einmalig und bei allen Teilnehmer gleich. Sie ist nach vollziehbar für diese Fragestellung. Die Teilnehmer mussten alle Fragenbeantworten, falls sie dies nicht wollten, gab es eine Option „Antwort verweigern“. Da die Teilnehmer nur einmalig zwei Fragebogen ausfüllen mussten, gab es keine Dropouts.</p> <p>Messverfahren Beide verwendeten Fragebogen sind bekannte und werden oft verwendet. Die reliabilität des PROQOL wurde mehrfach getestet mit „reliability alphas“ und erreichte 0.88 for CF, 0.81 für secondary traumatic</p>	<p>Die Ergebnisse wurden ausführlich dargestellt, es wurden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erwähnt. Die meisten Ergebnisse waren nicht signifikant. Tabellen wurden erstellt zu „demografische Charakteristika der Länder“, „deskriptive Statistiken über sekundären traumatischen Stress, Burnout und CS“, „Zwei-Wege-Frequenztabelle des Niveaus von CF, Burnout und sekundärer traumatischer Belastung“. Die Tabellen werden im Text erwähnt, sie sind vollständig und mit zusätzlichen „notes“ ergänzt, um weitere Erklärungen einzubringen.</p>	<p>Es werden nicht alle Resultate interpretiert. Die erwähnten Resultate werden interpretiert, mit Literatur ergänzt und alternative Erklärungen gesucht. Der Bezug zur Fragestellung fehlt. Die in der Einleitung erwähnten Konzepte werden nicht mit einbezogen. Die Studie zeigt ihre Schwächen und Limitationen auf. Ein Praxisbezug wird gemacht, er beinhaltet jedoch auch weitere Forschungsfragen und nur wenige Praxistipps. Sinn und Zweck und Forschungsbedarf der Studie wird nicht erwähnt.</p>

	<p>stress und 0.75 für burnout (bis >0.7 ist es akzeptabel). Die Messinstrumente werden im Text genau beschrieben.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse ist beschrieben. Erhobenen Variablen: CF CS Burnout Alter Geschlecht Ethnie Beziehungsstatus Höchster Abschluss Abschlusspflege Jahre Erfahrung Jahre Erfahrung in Onko Der Pearson Chi-Quadrat-Test wird angewendet, um zu prüfen, ob sich eine empirisch beobachtete Verteilung einer kategorialen/nominale Variable von einer bestimmten theoretisch erwarteten Verteilung unterscheidet. Die erwartete Verteilung kann dabei beliebig sein. Bei den erhobenen Variablen zu den demografischen Gegebenheiten handelt es sich um nominale Variablen. Der Chi-Square Test scheint hier zu passen.</p> <p>Ethik Wurde von einem Ethik Komitee überprüft.</p>		
--	---	--	--

Güte:

Objektivität:

- + Standardisierte Fragebogen
- || Keine Nachbefragung, keine Experten Meinung

Reliabilität:

- + Geprüfte Instrumente
- || Unterschiedliche Rekrutierung der beiden Gruppen

Validität:

- + Passende Statistische Verfahren, geprüfte Fragebogen
- || Viel weniger Teilnehmer in einer Gruppe → Vergleichbarkeit fraglich

Evidenzlage:

Stufe 1

Zusammenfassung der Studie: Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. (Yu et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Krebs ist die häufigste Todesursache der Welt. 22% aller Todesfälle aufgrund nicht ansteckenden Krankheiten waren im Jahr 2012 durch Krebs. In China bekommen jedes Jahr 3.5 Mio Menschen die Diagnose Krebs. Die steigende Inzidenz verlangt eine grössere Zahl an erfahrenen PP, anstelle wird die Pflegeknappheit zu einem immer grösseren Problem in China. Krebspatienten müssen oft über lange Zeit leiden und manifestieren diverse Symptome. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die wiederholten Krankenhausbesuche führen normalerweise zu physischen und psychischen Qualen. Deswegen ist es wichtig, dass PP alle diese Leiden erkennen und die notwendige Pflege und psychologische Unterstützung anbieten können. Der Verlust eines Patienten kann zu einem emotionalen Schock führen, da die PP und der Patient eine gegenseitige Beziehung aufbauen. Der Begriff „professional quality of life“ beschreibt die Gefühle, die jemand verspürt in Verbindung zu seiner Arbeit, es umfasst positive und negative Gefühle. Viele Studien haben bereits Burnout, Fluktuationsrate und ähnlich Belangen untersucht bis jetzt gibt es aber nur wenige Studien die „professional quality of life“ in dieser Population untersucht haben.</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist es, die Prävalenz und potentiellen Vorboten der drei Aspekte des „professional quality of life“ (CS, CF und Burnout) bei chinesischen Onkologie PP zu erforschen um das Wissen zu arbeitsbedingtem Stress zu vertiefen und Pflegeadministratoren zu helfen, das Wohlfühl der Individuen zu fokussieren in dieser speziellen Gruppe. Krebspatienten und deren Angehörigen versuchen normalerweise die bestmögliche Behandlung zu bekommen. Im Terminalen Stadium, wählen sie oft Tertiäre oder sekundäre Krankenhäuser, beides führt zu einer hohen Nachfrage für Onkologie Pflegende. Die</p>	<p><i>Sample und Setting</i> Es wurde eine Cross-sectional survey durchgeführt, in Shanghai, China von März-Juni 2013. Convenience und Clusters wurden zur Auswahl der Studienteilnehmer genutzt- Onkologie Pflegende von 5 sekundären und 10 tertiären Spitälern nahmen teil. Zu den Einschlussfaktoren zählten: arbeiten auf einem onkologischen Departement, direkten Patientenkontakt, mehr als 1 Jahr Berufserfahrung auf der Onkologie. Leitende Pflegend, Berufsbildner und PP welche für das Management/Lehre verantwortlich waren und PP welche die Arbeit für mehr als 1 Woche verlassen, wurden ausgeschlossen. Das Samplesize wurde mit $N \geq 50 + 8m$ (m=Nummer der unabhängigen Variablen) berechnet. Es wurden 14 demografische und Arbeitsbedingte Variablen und 13 skalenassoziierte Variablen festgelegt, also wurden mindestens 266 gebraucht ($50+80 \times 27$). Die Autoren planten 600 Personen zu rekrutieren.</p> <p><i>Variablen und Instrumente</i> Es wurden 6 Instrumente verwendet Demografisch und Arbeitsbedingte Daten-Fragebogen Es wurde einen selbsterstellten Fragebogen verwendet um die Infos über Alter, Geschlecht, Religion, Beziehungsstatus, Lebensumstände, Ausbildungshintergrund, Abschluss, Jahre als PP und Jahre auf Onkologie, Abteilung und Spital zu erfahren. Zusätzlich wurde erfragt, ob die Person geschult worden ist, in der Linderung der durch den Tod entstandener Trauer, psychologische Unterstützung von Krebs</p>	<p><i>Demografische und Arbeitsbedingte Charakteren der Teilnehmer</i> Tabellarisch dargestellt. Das Alter reichte von 19-55J., die Arbeitserfahrung war im Schnitt 8.6 Jahre und 6.7 Jahre auf der Onkologie.</p> <p><i>Prävalenz von CS, CF und Burnout</i> Der Durchschnittswert (SD) für CS, CF und Burnout waren 31,81 (6.49), 21.39 (4.84) und 21.14 (4.95). Der Median-Wert (interquartile Range) 32.00 (28.00-36.00), 21.00 (18.00-24.00) und 21.00 (18.00-24.00)</p> <p><i>Univariate Analyse der Faktoren assoziiert mit CS, CF und Burnout</i> Der Kolomogorov-Smirov Test zeigte, dass die kontinuierliche Variablen annehmbar und normalverteilt waren. T-test zeigte, dass die PP welche in den 3 Themen geschult worden waren, höhere CS-Score hatten, als jene die nicht geschult wurden. PP aus tertiären Krankenhäusern, zeigten</p>	<p>Mit einer anderen Studie aus Shanghai verglichen, welche auf anderen Fachbereichen durchgeführt worden ist, zeigte die chinesische Version von PROQOL, dass die Onkologie pflegende tiefere CS-Scores und höhere CF und Burnout Scores hatten. Dies könnte auf die Arbeitsbelastung und die Beziehung, sowie auf den „moralen Kummer“ zurück zu führen ein → „die ethisch richtige Entscheidung zu wissen, sie aber nicht umsetzen zu können“. Dies kommt vor allem bei der Pflege von todkranken und sterbenden Patienten vor und kann zu Frustration führen. Die Resultate der multivariaten Analyse bestätigten die Hypothesen grössten Teil. Jede Kategorie von Anzeichen waren assoziiert mit den 3 Konstrukten, ausser dass keine Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und CF bestand. Diese könnte auf die geringe Aufmerksamkeit und die fehlende Schulung von CF in China zurück zu führen sein. Zusätzlich tendieren chinesische PP wahrscheinlich dazu, emotionalen Stress selbst zu regeln, anstelle sich soziale Unterstützung zu suchen. Wie die Ergebnisse zu CF deutlich machen, leiden Onk PP von sekundären Krankenhäusern öfters an CF als jene die in tertiären Spitälern arbeiten. In tertiären Spitälern in China, werden vor allem akute, kritische und komplizierte Krankheiten behandelt und es werden qualitativ hochstehende und spezialisierte Behandlungen geboten. Konträr dazu, bieten sekundären Spitälern umfassende Behandlungen und behandeln chronisch kranke, Reha Patienten und Patienten in Endstadien. Palliative Care wird vor allem in sekundären Krankenhäusern gemacht. PP mit mehr Jahren Erfahrung, hatten ein höheres Risiko für CF. Vielleicht weil sie schon mehr Sorgen von ihren Patienten ausgesetzt waren. Persönlichkeit ist eine Konstellation von Fähigkeiten, die ausmachen wie ein Individuum reagiert. Neurotizismus führt zu Ärger, Ängstlichkeit und Niedergeschlagenheit. neurotizistische PP haben eventuell ein Unvermögen, mit ihren Gefühlen um zu gehen, was zum höheren CF Score führen könnte.</p>

<p>meisten chinesischen onkologie Pflegenden beginnen, nach nur kurzer Orientierungsphase zu arbeiten. Das relativ niedrige Durchschnittsalter und die hohe Fluktationsrate führt zur Verschlechterung des schon instabilen Onkologie-Pflegesystem. In China ist die Sterbepädagogik für Onkologiepflegende ungenügend. Das führt dazu, dass viele PP Mühe haben die Verluste ihrer Patienten zu verarbeiten.</p> <p><i>Drei Komponente von Professional Quality of Life (PQOL)</i> PQOL besteht aus 3 Komponenten: CF und Burnout als negativ beeinflussende Komponenten und CS als positiv beeinflussender Komponente. PQOL der Pflegenden hat die Aufmerksamkeit der Pflegewissenschaftler auf sich gezogen. Es wurden Studien zu vielen Themen gemacht, wie das Erkunden der Anzeichen oder entwickeln von Instrumente und Interventionen. Joinson berichtete 1992 das erste Mal von CF. Er beschrieb es als den Verlust der Fähigkeit zu pflegen, bei Pflegenden auf der Notfallstation. Nach Jahren hat sich der Begriff CF nun zu einem Begriff in diversen helfenden Berufen entwickelt. Die Definition von CF wurde in der Literatur diverse Male diskutiert, die meist benutzte lautet: Ein Erschöpfungszustand und Dysfunktion als Folge von längere Exposition gegenüber Mitgefühlsbelastung und allem was sie hervorruft (Figley 1995). Burnout ist ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistung als Resultat von einer Unzufriedenheit bei der Arbeit. CF ist eine direkte Reaktion darauf, dem Leid ausgesetzt zu sein und ist mit mitfühlender Pflege assoziiert. Burnout ist mehr verbunden mit geschäftlichen Verpflichtungen. Burnout entwickelt sich langsam, CF entsteht oft schnell, nach einem spezifischen Vorfall. Die Arbeit mit kranken Menschen kann auch Vorteile haben, dies nennt man CS. CS beinhaltet positive Gefühle anderen helfen zu können, Sinn in der eigenen Arbeit zu finden und positive kollegiale Unterstützung zu bekommen.</p> <p><i>Modelle und potentielle Vorboten von PQOL</i> Figley beschrieb, im „Multi-factor Modell of Compassion Fatigue“, die Empathie erstmals als Risikofaktor für CF.</p>	<p>Patienten und Psychologische Anpassung von PP. Chinesische Version von PROQOL (Cronachs-Alpha: 0.758-0.821/ test-retest: 0.764-0.867) Chinesische Version von Jefferson Scale of Empathy Wurde entwickelt um die Qualität der Empathie in der Pflege von Patienten zu messen. Sie beinhaltet 20 Elemente und 3 Unterthemen: perspektive Aufnahme, mitfühlende Pflege und „in den Schuhen der Patienten stehen“. Jede Qualität wird auf einer 7-Punkte-Skala eingeschätzt. (Cronbachs-Alpha: 0.797/Splithalf: 0.788) Chinesische Big Five Beinhaltet 40 Elemente, jedes Element ist auf einer 6 Punkte-Skala einzuschätzen. Es sind 8 Elemente pro Dimension (Extraversion, Pflichtbewusstsein, Verträglichkeit, Neurotizismus, Offenheit) (Chronbachs-Alpha: 0.764-0.814/test-retest: 0.742) Vereinfachter Copingstyle Fragebogen Beinhaltet 20 Elemente jedes wird von 0 (nie)-3(immer) eingeschätzt. Die Elemente ermitteln 2 Dimensionen: „aktives Coping“ (Element 1-12) und „passives Coping“ (Element 13-20) (Cronbachs-Alpha: 0.90 / test-retest: 0.89) Erhaltene Sozialeunterstützung Skala Selbsteinschätzung; misst die erhaltene Sozialeunterstützung von Fam, Freunden und signifikanten anderen, auf einer 7 Punkte-Skala</p> <p><i>Vorgehen und Datacollection</i> Vor der Datensammlung bekamen die Forscher eine Genehmigung vom Ethikkomitee der zweiten militärischen Medizinischen Universität. Die Autoren kontaktierten die Direktoren der Spitäler und erklärten den Sinn und Zweck der Studie. Nachdem sie das Einverständnis bekommen hatten, wurden die Pflegeleitungen der ausgewählten Abteilungen eingeladen, als</p>	<p>signifikant tiefere CF-Scores als andere. Burnout-Scores unterschieden sich signifikant zwischen PP in unterschiedlichen Spital Levels und solchen die Schulungen hatten und solchen die keine Schulungen hatten --> Tabellarisch dargestellt. CS und Burnout hatten signifikante lineare Verbindungen mit allen Variablen von Empathie, Persönlichkeit, Copingstyle und sozialer Unterstützung. CF war signifikant assoziiert mit Empathie und sozialer Unterstützung, ausser der perspektiven Sicht. Bei der Persönlichkeit und den Copingstylen, wussten nur "Neurotizismus" und passives Coping signifikant positive Zusammenhänge mit CF auf. Analysen der Restgrößen zeigten, dass sie normalverteilt waren, daher wurden die Annahmen der linearen Regression erfüllt --> Tabelle 3</p> <p><i>Multiple lineare Regression der Anzeichen von CS, CF und Burnout</i> Alle möglichen Anzeichen wurden als unabhängige Variablen in der Analyse der multiplen linearen</p>	<p>PP welche den passiven Copingstyle bevorzugten, haben oft ein tieferes Selbstvertrauen und glauben nicht, dass sie etwas an ihrem emotionalen Stress ändern können. Neurotische PP betrachten kleinere Frustrationen immer als hoffnungslos und schwierig und neigen eher zu einem passiven Bewältigungsstyle, was auch die positive Beziehung zwischen passivem Bewältigungsstrategie und CF erklärt. Keine der 3 Unterthemen von Empathie hatte einen Einfluss auf CF. Die zunehmende Pflegeknappheit in China führt dazu, dass PP weniger Zeit haben auf die Gefühle ihrer Patienten einzugehen. Zusätzlich könnte hier die chinesische Tradition einen Einfluss haben, welche dazu führt, dass chinesische PP sich nicht gewöhnt sind, ihre Gefühle mit den Patienten zu teilen. Zwei der Unterthemen von Empathie, zeigten sich als Schutzfaktoren für Burnout. Dies mag daran liegen, dass PP mit kognitiver Empathie sich an Pflegesituationen anpassen können und weniger wahrscheinlich ihre Fähigkeiten überschätzen. Diese Resultate zeigen, dass Empathie wahrscheinlich keinen Risikofaktor für ein schlechtes PQOL bei chinesischen PP ist. 4 Variablen, welche CF beeinflussen, beeinflussen auch Burnout. Dies könnte sein, da überwältigender emotionaler Stress eventuell auch zu einer Überforderung im Job führen kann. Passive Copingstrategien wie aufgeben, zurückziehen oder auf die Hilfe von anderen warten, erhöht die Personalisierung und reduziert die persönliche Leistung und Job zufriedenheit. Onk PP welche Unterstützung von sig. Anderen erhalten, zeigten tiefere Burnout-Scores. Unterstützung von Familie und Freunden wurden nicht ins Burnout-Modell integriert. Die meisten Freunde und Familienmitglieder haben keinen ähnliche Erfahrungen gemacht im Berufsalltag und können aus diesem Grund keine strukturierten Tipps geben. Verständnis und Unterstützung von der Organisation und relevantes Training, können PP direkt vor arbeitsbedingten Stress schützen. Bestehende Literatur hat gezeigt, dass ein negativer Zusammenhang zwischen CS und Burnout besteht, dies könnte erklären, wieso 6 Anzeichen vom CS-Modell auch im Burnout-Modell aufgeführt wurden. Zu den Persönlichkeit Merkmalen, wurde herausgefunden,</p>
--	--	--	---

<p>Die Fähigkeit Empathie und Betroffenheit zu empfinden und Stress spielen eine Rolle beim Entstehen von CF. Empathie zu zeigen macht Pflegende verwundbar. Empathie ist ein zweischneidiges Schwert. Es macht PP verwundbar und zugleich ist es den Kernwert von guter Pflege. Es wird auch Charaktere die mit CS verbunden wird. PQOL kann das Level von arbeitsbedingtem Stress beeinflussen, darum könnten auch die Stress beeinflussenden Faktoren einen Effekt auf die 3 Komponenten von PQOL haben. Dafür wurde das „System-Based Model of Stress“ von Jiang 2010 gewählt um die Studie zu leiten. Es demonstriert, das Stress ein Zusammenspiel von vielen psychologischen und sozialen Faktoren ist, unter anderem Persönlichkeit, Coping Strategie und das soziale Umfeld.</p> <p>Die Literatur zeigt, das persönlichkeitszüge wie Gewissenhaftigkeit, Perfektionismus und Selbsthingabe mit CF assoziiert werden. Neurozismus und Extraversion assoziieren mit Burnout. Persönlichkeitszüge welche mit CS in Verbindung stehen zeigen keine Studie.</p> <p>Im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien, wird berichtet, das negative Ansätze wie die Abhängigkeit von Religion und Spiritualität ds Risiko von CF und Burnout erhöhen und die CS mindern.</p> <p>Das soziale Umfeld spielt eine grosse Rolle bei der Linderung von CF und Burnout. Die Unterstützung durch die Organisation hat die Aufmerksamkeit der Pflegewissenschaft auf sich gezogen. Interventionen wie Verbesserung der Selbstwirksamkeit, Trauerunterstützung und Rückzugsmöglichkeiten wurden als Wirksam empfunden.</p> <p>Demografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Abschluss, Beziehungsstatus und Religion und Arbeitsbedingte Faktoren wie Jahre Arbeitserfahrung, Abteilung, Schicht und Belastung und die Charakteristiken des Spitals haben ebenfalls einen Einfluss.</p> <p><i>Hypothese:</i> Demografische, arbeitsbedingte und psychologische Variablen, sowie das soziale Umfeld haben einen Einfluss auf PQOL. Empathie und Persönlichkeit sind bei den psychologischen Faktoren eingeschlossen.</p>	<p>wissenschaftliche Assistentinnen mit zu arbeiten und den Zweck der Studie den Teilnehmer zu erklären. Nachdem schriftliche Einverständnisse eingeholt worden sind, verteilten die Forscher Pakete mit den 6 Instrumente an die Teilnehmer und sammelten die fertigen Pakete vor Ort wieder ein.</p> <p>Bei Teilnehmern, welche an diesem Tag abwesend waren, holten die Abteilungsleitung das Einverständnis ein und verteilte die Fragebogen. Diese Teilnehmer hatten eine Woche Zeit um die Fragebogen auszufüllen und in eine Box, welche auf der Station angebracht wurde einzuwerfen.</p> <p>Die Fragebogen wurden anonym ausgefüllt, codiert und waren nur für die Forscher zugänglich um die Vertraulichkeit zu waren. Total wurden 669 Pakete verteilt und 656 kamen zurück. Das Schlusssample beinhaltete 650 Onk PP.</p> <p><i>Datenanalyse</i> SPSS 21.0 wurde benutzt für die Analyse. Deskriptive Statistik wurde benutzt um die demografischen und arbeitsbedingten Charakteren und die Prävalenz für CS, CF und Burnout zu beschreiben.</p> <p>Die Normalverteilung der Werte wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov Test getestet, die Homogenität der Varianz mit dem Levene's Test.</p> <p>Die Unterschiede in CS, CF und Burnout bei PP mit den demografischen und arbeitsbedingten Charakteren wurden getestet mit dem independet t-test und one-way analysis of variance (ANOVA).</p> <p>Einfache Regression wurde durchgeführt, um die Beziehung zwischen den kontinuierlichen Variablen und 3 abhängigen Variablen zu bewerten.</p> <p>Die unabhängigen Variablen mit einem p-Wert unter 0.20 in der univariaten Analyse, wurden in der multivariaten Analyse aufgenommen.</p>	<p>Regression eingegeben und die Anzeichen in jedem Model waren anderst. --> Resultate in Tabelle 4 dargestellt.</p> <p>Im Model von CS zwei unterthemen von Empathie, zwei erhaltene Schulungen und die soziale Unterstützung durch wichtige andere wurden als signifikant bestimmende Faktoren identifiziert. "Perspektive Aufnahme" war das stärkste Anzeichen. Die Eigenschaften "Offenheit" und "Pflichtbewusstsein" waren positiv assoziiert mit CS, "Neurozismus" war ein negatives Anzeichen.</p> <p>PP welche mehr Jahre Arbeitserfahrung hatten, solche die in sekundären Spitälern arbeiten und jene die passive Copingstrategien zeigten, weissen ein höheres Level an CF auf.</p> <p>Neurozismus war das stärkste Anzeichen von CF und macht 24.2% der Varianz aus. Burnout war signifikant zusammenhängend mit der Jahre in der Onkologie Pflege, Spitallevel, passiven Copingstyle und Neurozistischen Persönlichkeitszüge. Das stärkste Anzeichen für Burnout war Neurozismus und macht 19.8% der</p>	<p>dass offene und gewissenhafte PP höhere CS-Scores aufwiesen, neurozistische PP tiefe. Ein Merkmal von Offenheit ist die Flexibilität, offenen PP engagieren sich eventuell in mehr Aktivitäten die ihre CS steigern.</p> <p>Gewissenhafte PP sind bedacht und fleissig und haben hohe Anforderungen an sich selbst. Wenn ihre Pat. bessere Resultate aufgrund ihrer guten Pflege erreichen, könnte das zu CS führen.</p> <p><i>Implications</i> Einfluss auf 2 Aspekte: Trainings der dienstleistenden PP soll Unterstütz werden und die Aufmerksamkeit auf die möglichen negativen Einflüsse der Arbeit mit Krebspatienten aber auch die Potentiale für CS sollen gesteigert werden.</p> <p>Die für die Administrativen Aufgaben zuständige PP sollen effektive Unterstützung bieten und gezielte Interventionen mit Risikogruppen erstellen. Verbesserungen des Umfelds, flexible Schichten, verschiedene Positionen und aktive Copingstrategien könnten PP helfen die Langzeit Last von Pflegenden zu mildern.</p> <p><i>Limitations</i> Der Nutzen von convenience und Cluster Sampling limitierte die Generalisierbarkeit. Die Studie beschränkt sich auf Onk PP in Shanghai. Der Nutzen von Selbsteinschätzenden Instrumenten könnte die Reliabilität der Daten beeinflussen, da die Teilnehmer die Resultate auf Grund von Interessen und Haltungen beeinflussen könnten.</p> <p>Die Prävalenz der 3 Dimensionen von PROQOL kann im Bezug uf die Hierarchie nicht festgelegt werden, da noch kein cut-off besteht.</p> <p>Weniger als die Hälfte im der gesamt Varianz in jedem Model wurde durch die ermittelten Anzeichen erklärt, was darauf hinweist, dass noch andere Faktoren erforscht werden sollen.</p> <p>Abschliessend macht die Cross-sectional study keine Aussage zur Veränderung der PQOL der Befragten über eine Zeitspanne, sondern ist nur eine Momentaufnahme.</p> <p><i>Conclusion</i> Geleitet von 2 Theorien, erforscht die Studie die Prävalenz möglicher Anzeichen der 3 Konstrukten von PQOL bei</p>
--	--	--	---

<p><i>Forschungsziel:</i> Es soll herausgefunden werden, wie die Variablen die 3 Kategorien von PQOL beeinflussen, bei onkologischen Pflegenden in China.</p>	<p>Schrittweise wurde lineare Regression verwendet, um die Anzeichen von CS, CF und Burnout zu identifizieren, welche die zu den 3 Modellen beitragen.</p>	<p>Varianz aus.</p>	<p>chinesischen onk PP. Die Ergebnisse können administrativen PP helfen, die gefährdeten PP zu identifizieren und Strategien zu entwickeln um ihnen zu helfen. Weitere Studien sollen gemacht werden in anderen Fachgebieten und Regionen um die Generalisierbarkeit zu erweitern und andere mögliche Anzeichen zu finden. Die Unterstützung von PQOL bei onk PP wird einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und das chinesische Gesundheitssystem haben.</p>
---	--	---------------------	--

Würdigung der Studie: Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. (Yu et al., 2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine für die Praxis wichtige Forschungsfrage. Die Studien untersucht alle 3 Faktoren des PQOL (CF, CS und Burnout). Für unsere Bachelorarbeit sind vor allem die Ergebnisse zu CF relevant.</p> <p>Die Forscher definieren ein Forschungsziel und eine Hypothese. Beides ist klar definiert.</p> <p>Die Forscher haben mittels diverser Literatur den Forschungsbedarf definiert und die Einleitung und bereits bekannten Hintergründe empirisch verankert.</p>	<p><i>Design</i> Die Forscher wählten eine Cross-sectional Design. Das heisst, die Daten wurden alle zu einem Zeitpunkt erfasst. Das Cross sectional Design eignet sich dazu, um Beziehungen zwischen eine Krankheit und beeinflussenden Variablen in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt herauszufinden. Die Forscher wollten herausfinden, wie die Variablen die 3 Kategorien von PQOL beeinflussen, bei onkologischen Pflegenden in China. Somit haben sie ein geeignetes Design gewählt. Die Interne und extern Validität wird nicht im Text erwähnt. Interne Validität: es wurden geeignete Instrumente gewählt und jeweils genau Begründet was diese Instrumente Untersuchen. Externe Validität: Die externe Validität ist gegeben, jedoch nur auf das genau definierte Sampling, nämlich Onkologie Pflegende in Shanghai.</p> <p><i>Stichprobe</i> Das Cross-sectional Design, verlangt ein gut gewähltes, genau definiertes Sampling. Da es Prävalenzen ausrechnet, welche nur aussagekräftig sind, wenn das Sample gut gewählt wurde. Die Forscher definieren ihre Population als die „auf einer Onkologie arbeitenden PP aus Shanghai“. Sie wählten 15 Spitälern aus in Shanghai. Es wurde nicht beschrieben wie sie diese wählten ob dies alle Spitälern sind. Dies wäre wichtig zu wissen. 15 Spitälern sind viele, gäbe es in Shanghai aber 150 sind die Resultate nicht auf ganz Shanghai generalisierbar. Die Forscher berechnen eine Sample Size und konnten schlussendlich auch nach den Dropsout mehr als die berechnete mindest Anzahl einschliessen. Gut!</p> <p><i>Datenerhebung</i> Die Datenerhebung ist klar und strukturiert. Ich finde es etwas heikel, den Abteilungsleiter/die Abteilungsleiterin als wissenschaftlicher Assistenten einzubeziehen, da nicht sichergestellt werden kann ob alle Teilnehmer von ihrer Abteilungsleitung die gleichen Informationen bekommen haben und die Abteilungsleitungen eventuell gerne ein „gutes“ Resultat von ihrer</p>	<p>Die Ergebnisse werden klar beschrieben. Es wurden diverse Tabellen erstellt, in welchen die Resultate übersichtliche dargestellt wurden. Die Tabellen sind jeweils um Text erwähnt und erklärt und sind beschrieben. Zu den Beziehungen (Regressionen) ist kein Diagramm erstellt, dies hätte das Verständnis eventuell etwas vereinfacht.</p>	<p>Die Ergebnisse werden diskutiert und mit Literatur begründet oder unterstützt. Die Autoren erwähnen, dass ihre Hypothese grössten Teils bestätigt wurde. Für nichts bestätigte Annahmen suchen sie alternative Lösungen.</p> <p>Die Autoren erwähnen die Limitationen und es ist ihnen bewusst, dass bei der Generalisierbarkeit Vorsicht geboten ist. Auch die Nachteile ihres Forschungsdesigns und der Messinstrumente werden diskutiert.</p> <p>Die Forscher erwähnen bei den Implication und auch bei der Conclusion, wie die Ergebnisse in der Praxis angewendet werden könnten. Auch der weitere Forschungsbedarf wird beschrieben. Die Studie wäre in einem anderen Setting durchführbar, sofern</p>

	<p>Abteilung möchten und versuchen etwas zu beeinflussen.</p> <p><i>Messverfahren</i> Alle verwendeten Fragebogen, ausser den selbsterstellten sind auf ihre Reliabilität geprüft worden. Über die Validität wird nichts im Text erwähnt, die Autoren erwähnen aber bereits in der Einleitung, welche Variablen sie untersuchen möchten und diese erheben sie mit den gewählten Instrumenten.</p> <p><i>Datenanalyse</i> Die Demografischen und arbeitsbedingten Daten wurden mittels deskriptiver Statistik tabellarisch dargestellt. Da die weiteren Tests (t-test und ANVOCA) parametrische Verfahren sind und somit Normalverteilung fordern, wurde diese mit dem Kolmogorov-Smirov Test getestet, Gut!</p> <p>Die Unterschiede zwischen CS, CF und Burnout wurden mit dem independent t-test und ANCOVA ermittelt. Diese Tests sind passend, da sie mit mehreren unabhängigen und abhängigen Variablen funktionieren. Sie verlangen Daten auf Proportional Niveau.</p> <p><i>Ethik</i> Vorbeginn der Studie wurden die Inhalte von einem Ethikkomitee geprüft.</p>		genügend Teilnehmer zu finden werden.
--	---	--	---------------------------------------

Güte:

Objektivität:

Die Autoren zogen die Abteilungsleitungen der jeweiligen Station als wissenschaftliche Assistentin mit ein. Die Abteilungsleitungen hatten zwar keinen Zugriff auf die Resultate, sie könnten aber versucht haben die Teilnehmer zu beeinflussen, um gute Ergebnisse für ihre Abteilung zu bekommen.

Im Text wird nicht erwähnt, dass die Studie oder die Ergebnisse mit anderen Experten diskutiert wurden.

Die gewählten Fragebogen sind unabhängig von Person und Ort durchführbar. Die Autoren wählten Aufgrund der Sprache jeweils die chinesische Version, die Fragebogen sind aber auch in anderen Sprachen verfügbar.

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Die Reliabilität der von anderen Autoren erstellten Instrumente ist gegeben und im Text erwähnt (alle über 0.7) ,

Validität, Gültigkeit:

Im Text ist nicht erwähnt, dass eine Prüfung der Validität durchgeführt wurde ist. Die Autoren erwähnen auch nicht das eine zusätzliche Fachperson einbezogen worden ist zur Expertenmeinung. Die Experten können in der Diskussion ihre Hypothese bestätigen und mit den herausgefundenen Ergebnissen begründen.

Evidenzlage:

Stufe 1

Zusammenfassung der Studie: Confronting Compassion Fatigue: Assessment and intervention in inpatient oncology. (Zajac et al., 2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Autoren erwähnen bereits vorhandene Literatur welche belegt, dass CF die Qualität der Pflege beeinflusst. Bereits vorhanden Untersuchungen zeigen das Stationen auf welchen mehr Patienten sterben, eine geringere Patienten Zufriedenheit aufweisen. Daraus wurde spekuliert, dass mehr Todesfälle auf einer Station zu CF bei den Pflegefachpersonen führt. Literatur zeigt, dass Pflegenden nach einem Tod eines Patienten Support benötigen. Die Autoren dieser Studie möchten ein Projekt zur Qualitätsverbesserung zur Unterstützung des Personal nach einem Tod machen.</p> <p>Um die Gefühle der PP welche um eine Verlust Trauern besser zu verstehen, zogen sie die Theory von Morse (2001) bei: Diese beschreibt zwei Phasen des Leidens Aushalten → Gefühle werden unterdrückt um zu funktionieren. Emotionen → der Tod wird realisiert und kann verarbeitet werden</p> <p>Der Zweck diese Studie soll sein, PP beim Trauern nach einem Tod zu unterstützen. Und über Langezeit die Rate von CF zu senken und die Patientenzufriedenheit zu steigern. Forschungsfrage: Gibt es einen Zusammenhang zwischen CF und Patientenzufriedenheit in diesem „Cancer Center“? Ziele: -Das CF-Level der Pflegenden im Stationären Setting zu erfassen - Herausfinden ob es Unterschiede gibt</p>	<p>Design: Mixed- methods sequential design → Trauerunterstützungs Intervention die CF-Rate und Patienten Zufriedenheit positiv unterstützt. Quantitative Daten: Vor- und Nach der Intervention. Qualitative: Nach der Intervention: Stichprobe: Intervention wurde auf 2 medizinischen Abteilungen und 2 gemischten medizinisch-chirurgischen Abteilungen durchgeführt in einem „Cancer-Center“ im mittleren Westen der USA. Auf der Abteilung wurden Flyers verteilt, Präsentationen durchgeführt und Infoblätter ausgelegt um über die Intervention zu informieren. Datenerhebung/Messverfahren: Professional Quality of Life Scale (Version 5) (POQOL) Wurde benutzt um Daten zu erheben → Fragebogen mit 30 Fragen zu Situationen und Gefühlen. In diesem Fragebogen wird CS und CF erhoben. CF wird mittels Fragen zu Burnout und secondary traumatic distress erhoben. Dieser Fragebogen wurde vor und nach der Intervention erhoben. Zusätzlich erfragen von Alter, Geschlecht, Abteilung, Aufgabe, Arbeitserfahrung in Jahre, höchster Abschluss. Nach der Intervention zusätzlich 1 Frage zur Ausführlichkeit der Vorbefragung und 2 Fragen wie hilfreich die Besprechungen waren um Trauer und Verlust zu erkennen. (offenen Fragen → Qualitative Fragen) Intervention: Über 3 Monate wurde nach jedem Todesfall eine Besprechung durchgeführt. Der Zeitrahmen wurde so festgelegt, dass er mit der vierteljährlichen Erhebung der Patientenzufriedenheit zusammenpasste. Einen Supervisor unterstützte die Nachbesprechungen und war 24h an jedem Tag der Woche verfügbar. An der Nachbesprechung wurden folgende Fragen besprochen: (basierend auf Koloroutis's relation-based care model) Wie hast du dem Pat/Fam geholfen? Welches Beispiel der Zusammenarbeit ist erwähnenswert? Welchen Einfluss hat der Tod auf dich? Die Besprechung wurde vor dem Schichtende oder bei Schichtwechsel geplant, damit möglichst viele PP teilnehmen konnten. Die Einheit mit dem höchsten Prozentsatz an abgeschlossenen Vor- und Nachbefragungen wählte einen von zwei Anreizen: ein</p>	<p>Alle an der Pflege beteiligten vor der Intervention eine tiefe burnout Punktzahl man und eine mittlere secondary traumatic distress (STD)Punktzahl. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen medizinischen und gemischten Abteilung bei Burnout und STD. Und ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen RN und assistenz Personal. Es wurden 16 Todesfälle registriert und 15 Nachbesprechungen durchgeführt mit durchschnittlich 4.53 Teilnehmenden. Je nach Abteilung starben 1-8 Patienten. Es wurden nur Ergebnisse eingeschlossen von Personen welche an der Prä- und Postinterventionbefragung teilnahmen (n=91). Der CF-Score ist in der Intervention und der Kontrollgruppe gesunken, zwischen den Gruppen waren keine signifikanten Unterschiede zu sehen. Die Interventionsgruppe zeigte signifikant höhere CS-Resultate als die Kontrollgruppe. Wie hilfreich die Besprechungen waren wurde mit einer Scale von 1-5 bewertet (1= very unhelpful, 5=</p>	<p>Auch wenn die Intervention keinen Einfluss auf die CF-Score hatte, fanden die Pflegenden die Nachbesprechung sinnvoll und die Patientenzufriedenheit war höher als die 3 Jahre zuvor. Es gab bisher keine Literatur, welche den Zusammenhang zwischen Todesraten und Pat. Zufriedenheit zeigte. Studie hat eine hohe reliabilität. Es könnte sein, dass CF nicht messbar ist auf einer Skala. Es könnte sein, dass Pflegenden welche in einem „Cancer Centrum“ arbeiten die herausfordernde und harte Arbeit suchen und darum weniger gefährdet sind für CF.</p> <p>Bereits vorhanden Literatur zeigt, dass PP welche als 40 J. alt sind, weniger als 10 Jahre Berufserfahrung haben oder einen Bachelorabschluss haben gefährdeter sind unter CF zu leiden. Die Resultate dieser Studie unterstützen diese Aussagen, PP unter 40 J. zeigten eine tiefere CS-Score und höheren Burnout-Score. PP mit weniger als 10 Jahren Berufserfahrung hatten einen signifikant tieferen CS-Score. Die meisten PP fanden Intervention hilfreich, diese untermauert die Ergebnisse bereits vorhandener Literatur. 30% der Teilnehmenden fanden die Intervention weder hilfreich noch nicht hilfreich, dies zeigt weiteren Studien Bedarf. Auch wenn die Patientenzufriedenheit stieg, zeigte sich keine signifikanter Zusammenhand zwischen Patientenzufriedenheit und Todesrate.</p> <p>Limitations: Teilnehmer wurden nicht abgeglichen bei der ersten Datenerhebung, daher konnten keine Aussagen gemacht werden. Die Anzahl Todesfälle auf den Stationen war unterschiedlich, Die Abteilungen litten unter Stress während der Erhebung, dies könnte Einfluss auf die Teilnehmeranzahl gehabt haben. Das „Sample-Size“ war klein. Es wurden nur 4 Abteilung eingeschlossen. Praxistransfer: Literatur zeigt, dass CF auf onkologischen Station häufig vorkommt, trotzdem wussten die wenigsten der PP was CF ist. PP könnten von Schulungen profitieren. Die Patientenzufriedenheit wird zwar oft erfragt und genutzt um erbrachte Leistungen zu evaluieren. Die möglichen Einflussfaktoren (hier die Todesrate) wird</p>

<p>zwischen CF auf medizin und medizin/chirurgie Stationen und Pflegepersonen und Hilfspersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sehen ob sich der CF-Level nach 3 Monaten Intervention verändert. - Einfluss von Intervention auf die Patientenzufriedenheit herausfinden nach Rückschluss auf die Todesrate. 	<p>Kaffeezubereitungssystem oder eine Kaffeeversorgung.</p> <p>Datenanalyse: univariate, deskriptive Statistik und Frequenzen wurden mit SPSS ausgeschlossen. Die Reliabilität wurde mit dem PROQOL-Score vollbracht. Der Independent t-test wurde verwendet um Unterschiede in der Kontroll- und Interventionsgruppe zu erkennen. ANCOVA wurde verwendet um Unterschiede im Press Ganey-Punktzahl vor und nach der Intervention zu erkennen nach Kontrolle der Sterberate. Die Dateneingabe wurde in 2 sets durchgeführt um die Richtigkeit der Eingabe und Resultate zu gewährleisten.</p>	<p>very helpful). Durchschnittlich wurde die Besprechung mit 3,73 bewertet. Fast alle Punkte der Patientenzufriedenheit waren im Jahr 2015 höher als die drei Jahre davor, jedoch nur „skills of nurses“ signifikant. ANCOVA zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Scores der PP und den Todesfällen.</p>	<p>jedoch nicht beachtet. Assistenzpersonal und Pflegenden zeigten gleiche Punktzahlen bei der Datenerhebung, das Assistenzpersonal übernimmt einen grossen Teil der Pflege und darf daher bei Schulungen und Interventionen nicht vergessen werden.</p> <p>Schlussfolgerung: PROQOL zeigte zu Beginn bereits Durchschnittliche-Scores, daher war die Möglichkeiten zur Verbesserung beschränkt und fast ideale Scores waren ein Fortschritt. Die Ad-hoc Analyse untermauerte die Verbesserung mit signifikanter Erhöhung von CS bei PP welche an der Intervention teilgenommen haben. Die Anzahl Teilnehmenden war beachtlich, dies zeigt das die Interesse für Trauerbegleitung da ist. Die Ergebnisse untermauern die bereits vorhandene Literatur und die Studie zeigt eine umsetzbare alternative Intervention für die Begleitung von PP auf onkologischen Stationen.</p>
--	--	---	--

Würdigung der Studie: Confronting Compassion Fatigue: Assessment and intervention in inpatient oncology. (Zajac et al., 2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zeck der Studie, Forschungsfrage und Ziele sind klar definiert und logisch mit Literatur hinterlegt. Es wurden viele und breite Ziele definiert → CF-Level, Unterschiede zwischen verschiedenen Stationen, Unterschiede zwischen verschiedenen Ausbildungslevel, Nützlichkeit der Intervention, Einfluss auf Patientenzufriedenheit, Zusammenhang Patientenzufriedenheit</p>	<p>Design: Es wurde ein mixed methodes sequential design gewählt. Das heisst Qualitative und Quantitative Daten wurden erhoben. Diese wurden in diesem Fall nacheinander ausgewertet (sequential). Es wurde ein sequenziell erklärendes Vorgehen gewählt: Zuerst wurden quantitative Daten erhoben, diese konnten mit qualitativen Fragen ergänzt werden. CF wäre eventuell sinnvoll gewesen ebenfalls mit einer qualitativer Frage zu erheben (siehe Diskussion → eventuell kann CF nicht mit Score erhoben werden.)</p> <p>Interne Validität: PROQOL-Fragebogen ist valide, wurde bereits mehrere Male geprüft. Fragebogen mit den 3 qualitativen Fragen wurde nirgends aufgeführt.</p> <p>Externe Validität: Teilnehmer wurden nur von einem Spital rekrutiert, Population wurde auch auf diese „Cancer Center“ reduziert, es bestanden keine Ausschlusskriterien. Es wurde keine sample size calculation durchgeführt.</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Stichprobe ist repräsentativ für die Population, die Aussage nur für dieses „Cancer Centrum“ gemacht werden soll. Es haben 91 Teilnehmer sowohl den pre- wie auch den postintervention survey ausgefüllt. In den Tabellen mit dem demografischen Daten werden aber alle Teilnehmer auch diese die nicht beide Fragebogen ausgefüllt hatten aufgeführt. Es wird erwähnt wie die Intervention und Kontrollgruppe eingeteilt wird → I: n =42 7 K: n=89</p> <p>Samplesize wird nicht berechnet. 91 Teilnehmer für eine Population von einem „Cancer Center“ scheint viel zu sein...</p> <p>Dropouts werden beschrieben, etwas unklar.. teilweise mit einbezogen (demografisch Daten).</p> <p>Tabelle zu Pre- and Postintervention sampla Characteristics</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Datenerhebung Erhebung ist nachvollziehbar. Qualitative Fragen werden nicht genutzt, somit fraglich ob diese sinnvoll waren.</p> <p>Daten wurden bei allen gleich erhoben, etwas unverständlich beschreiben mit den Drops-out.</p>	<p>Ergebnisse werden präzise beschrieben, nur ganz wenige signifikante Resultate.</p> <p>Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt. Tabellen sind vollständig und im Text erwähnt, aber sind nicht immer sinnvoll aufgezeigt.</p> <p>Tabelle zu „Pre- and Postintervention sample Characteristics“ → Sollten die Characteristics nicht vor und nach der Intervention die gleichen sein???</p> <p>Keine Tabelle zeigt Zahlen die Kontroll- und Interventionsgruppe vergleichen, es werden nur Zahlen des PROQOL</p>	<p>Es wurden alle Resultate diskutiert und mit Literatur ergänzt und nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Auf Fragestellung und Ziele wird keinen Bezug mehr genommen.</p> <p>Praxisempfehlungen werden gemacht, der weiter bestehende Forschungsbedarf und die Limitationen werden aufgezeigt.</p>

und Sterberate...	<p>Messverfahren und Intervention PROQOL-Fragebogen ist reliabel und valide, wurde bereits oft getestet. Wahl ist klar. Mögliche Verzerrungen wurden nicht erwähnt. Press Ganey: Internationale Instrument zur Messung der Pat. Zufriedenheit. Intervention wird genau beschrieben; Fragenbasieren auf einem Model → gut! Unklar wer wie oft an welchen Besprechungen teilnahmen (Waren teilnehmer verpflichtet an jeder Sitzung Teil zu nehmen, mussten sie mindestens an einer teilnehmen...)</p> <p>Datenanalyse Datenanalyse wird klar beschrieben und statistische Verfahren wurden sinnvoll angewendet. Datenniveau: PROQOL: Obwohl die erfassten Daten streng genommen ordinalskaliert wären, ist es manchmal üblich, sie in gewissen Situationen als intervallskaliert anzusehen um Varianzanalysen durchführen zu können. Geschlecht: Nominal Rolle (RN/Oncology care associate/other): Nominal Unit: Nominal Press Ganey (1-5): Obwohl die erfassten Daten streng genommen ordinalskaliert wären, ist es manchmal üblich, sie in gewissen Situationen als intervallskaliert anzusehen um Varianzanalysen durchführen zu können. Demografische Daten: univariate, deskriptive Statistik und frequencies wurden verwendet, passend! Unterschiede im PROQOL zwischen Gruppen vor der Intervention, sowie die Unterschiede nach der Intervention mit independent t-test: passt zum Datenniveau Unterschiede in der Pat. Zufriedenheit (Press Ganey score), vor und nach der Intervention und verglichen mit der Sterberate, wurden mit ANCOVA berechnet: Passt zum Datenniveau! → Keine Tabelle zeigt Zahlen die Kontroll- und Interventionsgruppe vergleichen, es werden nur zahlen des PROQOL vor und nach der Intervention mit den Demografische Merkmale (Unit, Role) aufgezeigt. Höhe des Signifikanzniveau wird nicht erwähnt oder begründet.</p> <p>Ethik Ethische Fragen wurden nicht diskutiert. Autoren bekamen Freistellung von der Wayne State University und der University of Detroit Mercy.</p>	vor und nach der Intervention mit den Demografische Merkmale (Unit, Role) aufgezeigt.	
-------------------	---	---	--

Güte:

Objektivität:

- + Durch mixed methodes wurden die Teilnehmer nach ihrer Meinung zu der Daten Erhebung gefragt.
- + gute Messinstrumente
- + Bei allen Teilnehmern wurden die gleiche Fragebogen angewendet
- f Keine Expertenmeinung dazu
- Drops-out etwas unklar beschrieben (wurden bei den demografischen Daten noch mit einbezogen, danach nicht mehr) → Da viele Drops out unklar ob sich die Demografischen Daten dadurch verändert haben

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

- + Gute Messinstrumente

- Unklar wer wie oft an welchen Besprechungen teilnahmen (Waren Teilnehmer verpflichtet an jeder Sitzung Teil zu nehmen, mussten sie mindestens an einer teilnehmen...)
- Allfällige Datenverzerrung auf Grund der vielen Drops out

Validität, Gültigkeit:

- + Gute (valide), passend gewählte Messinstrumente
- Keine Expertenmeinung
- Teilweise unklare Beschreibungen der Methode
- nicht aussagekräftige Tabellen

Evidenzlage:

Stufe 1